FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 224.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 19 décembre 1861,

Par AUGUSTE-ERNEST GEOFFROY,

né à Laon (Aisne),

Interne à la Maison impériale de Charenton,
ancien Élève des Hôpitaux de Paris,
Médaille de Bronze (1860).

DE LA

FOLIE A DOUBLE FORME.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

1861. — Geoffroy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT, Président. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	....
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeurs honoraires, MM. CLOQUET et ADELON. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.
BAILLON.
BARTH, Examinateur.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.
FOUCHER.

MM. GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD, Examinateur.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
SAPPEY.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ET DE MA SOEUR.

Regrets éternels!...

A MON PÈRE.

Je te remercie de tous les sacrifices que tu as faits pour moi : accepte ce faible hommage comme une preuve de ma reconnaissance.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A M. BAILLARGER,

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
de la Société médico-psychologique, de la Société médicale des Hôpitaux, etc.,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Recevez, cher maître, l'expression de ma reconnaissance pour les utiles enseignements que j'ai puisés près de vous, et pour la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.

A M. CALMEIL,

Médecin en Chef de la Maison impériale de Charenton,
Officier de la Légion d'Honneur,
Membre de la Société médico-psychologique, etc.

A M. ROUSSELIN,

Médecin-adjoint de la Maison impériale de Charenton.

A M. LE D[R] LEGRAND DU SAULLE,

Membre de la Société médico-psychologique.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. LES PROFESSEURS ROSTAN

ET NATALIS GUILLOT,

MM. MICHON, LABRIC ET LÉGER.

DE LA

FOLIE A DOUBLE FORME.

> « Sæpe hæc duo (melancolia et mania) quasi fumus et flamma, se mutuo excipiunt ceduntque. »
>
> (WILLIS, *Opera omnia*, t. II.)
>
> On voit, dans beaucoup de cas, la mélancolie succéder à la manie, et réciproquement, comme si un lien secret unissait entre elles ces deux maladies.
>
> (BAILLARGER, *Bull. Acad. méd.*, t. IX, p. 340; 1854.)

AVANT-PROPOS.

En prenant pour sujet d'étude la *folie à double forme*, nous n'avons pas eu l'intention de faire une monographie complète de cette variété d'aliénation mentale. Quoique déjà connue depuis longtemps, cette maladie n'a réellement été bien étudiée que depuis quelques années. C'est surtout à M. Baillarger qu'on doit un travail sur cette matière, travail dans lequel il a su très-bien relier entre elles la manie et la mélancolie, et attirer ainsi l'attention des médecins aliénistes. Depuis lors plusieurs auteurs ont répondu à cet appel et ont publié quelques observations dans les recueils spéciaux.

Nous nous sommes donc proposé de rassembler sinon tous ces faits, du moins les plus saillants, pour faire un tableau succinct de la maladie. Nous avons voulu aussi mettre à profit toutes les notions que nous avons acquises aux savantes leçons de notre premier maître, M. Baillarger, alors que nous débutions, sous ses auspices, à la Salpêtrière, dans l'étude de l'aliénation mentale.

C'est surtout avec les faits nombreux que nous avons recueillis à ses leçons, et avec les quelques observations inédites que nous devons à son obligeance, que nous écrivons l'histoire de la folie à double forme. Nous avons parcouru, en outre, les différents traités de médecine mentale, ainsi que la riche collection des *Annales médico-psychologiques* et les registres d'observations de la Maison de Charenton. Entré depuis trop peu de temps dans la carrière aliéniste, il nous aurait été impossible de nous passer de ces précieux matériaux, pour nous restreindre à nos propres connaissances; car, en médecine, et surtout en médecine mentale, il faut avoir bien vu et beaucoup vu, ce qu'on n'acquiert réellement qu'en vieillissant.

Nous diviserons notre sujet en deux parties : la première sera entièrement consacrée à l'histoire de la maladie; dans la seconde, nous nous bornerons à citer un choix d'observations venant à l'appui.

Nous le répétons, nous n'avons eu en vue, dans ce travail, que d'apporter à l'histoire, encore incomplète, de la folie à double forme le résultat de nos études, avec l'espoir qu'il ne sera pas dépourvu d'utilité pratique.

PREMIÈRE PARTIE.

DÉFINITION ET HISTORIQUE.

Nous donnons le nom de *folie à double forme* à un genre de folie particulier, caractérisé par la succession régulière de deux périodes, l'nne d'*excitation*, l'autre de *dépression*, ou réciproquement. Cette définition est celle que M. Baillarger a prise lui-même pour titre d'un mémoire présenté à l'Académie de Médecine le 31 janvier 1854.

Bien avant cet auteur, les alternatives de la mélancolie et de la manie avaient été signalées et observées, et nous allons voir comment elles ont été interprétées par les médecins des diverses époques.

Nous suivrons, autant que possible, dans notre aperçu historique, l'ordre chronologique, ainsi que l'a fait lui-même M. Baillarger dans une de ses leçons publiées dans les *Annales médico-psychologiques* (juillet 1854), leçon à laquelle, du reste, nous puiserons largement et dont nous rapporterons quelques extraits. Ayant trouvé très-peu de notions précises chez les écrivains des siècles précédents, on nous permettra d'être bref sur ce que nous avons à en dire; nous tâcherons, au contraire, de donner quelques développements aux recherches que nous avons faites dans les livres modernes.

Ce qui ressort de la lecture des anciens auteurs, c'est que tous s'accordent à regarder la mélancolie comme le prélude ou le premier état de la manie. Pour eux, la mélancolie, parvenue à un degré très-élevé, constitue toujours une manie. Ainsi Alexandre de Tralles dit que la manie n'est autre chose que la mélancolie poussée à sa dernière période, et tel est le rapport de ces deux maladies, que

rien n'est plus aisé de passer de l'une à l'autre. Arétée regarde aussi la mélancolie comme l'origine de la manie, et il fait consister la cause principale de cette dernière vésanie dans l'accroissement de la première. Cœlius Aurelianus, Fréd. Hofmann, Boerhaave, Cullen, Mead, etc., considéraient égalementla manie comme une dégénérescence de la mélancolie.

Thomas Willis, dans les chapitres *de Mania* et *de Melancolia* de son traité *de Anima brutorum* (1), parle des transformations successives de la mélancolie et de la manie. Voici, en effet, ce qu'il dit : « Lorsque la mélancolie dure très-longtemps, il arrive assez souvent qu'elle se transforme en *stupidité* ou en *manie.* » Un second passage est beaucoup plus explicite et plus détaillé :

« Après la mélancolie, il faut traiter de la manie, qui en est si voisine, et qui a tant de rapportsavec elle, que ces deux maladies se succèdent toujours et que la première se transforme en la seconde, et réciproquement. La mélancolie, en effet, portée à son plus haut degré, détermine le délire furieux ; puis ce délire, après s'être calmé, se termine par la mélancolie (maladie atrabilaire). Il n'est pas rare de voir ces deux affections s'exclure et se remplacer mutuellement, comme la flamme et la fumée. Si l'on peut dire, en effet, que dans la mélancolie le cerveau et les esprits animaux sont obscurcis par une épaisse fumée et de noires ténèbres, la manie apparaît comme un incendie pour les illuminer» (2).

Cet auteur, comme les précédents, attribue donc aussi à la mélancolie le rôle de cause productrice à l'égard de la manie.

Si nous parcourons maintenant les traités modernes d'aliénation mentale, nous trouverons qu'il y est aussi question des alternances ou successions de la manie et de la mélancolie.

Ainsi Pinel (3) parle d'accès de manie qui dégénèrent en mélan-

---

(1) *Opera omnia*, t. II, p. 245 et 255; Lyon, 1681.

(2) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 371.

(3) *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, 2e édition; Paris, 1809.

colie, et *vice versa*. Il prend pour titre d'un chapitre (p. 186) cette phrase : *L'idiotisme, espèce d'aliénation fréquente dans les hospices, guérit quelquefois par un accès de manie.* Or nous savons que, sous ce nom d'*idiotisme*, ce médecin comprend beaucoup de choses de ce qu'on a appelé démence aiguë, stupidité, mélancolie avec stupeur (1). « Quelques-uns des malades, surtout parmi les jeunes, qu'on m'amenait à Bicêtre, ajoute Pinel, après avoir resté plusieurs mois, ou même des années entières dans un *idiotisme absolu,* tombaient dans une sorte d'accès de manie qui durait vingt, vingt-cinq ou trente jours, et auquel succédait le rétablissement de la raison, par une sorte de réaction inattendue. »

D'après Jacquelin Dubuisson (2), la mélancolie se complique souvent avec la manie, ou bien elle se convertit en cette dernière maladie, sorte de métaptose qui en opère souvent la guérison. Dans ces cas, qui sont encore assez fréquents, la manie paraît être le symptôme prédominant, et n'être autre chose qu'une forme intermittente de vésanie à accès plus ou moins réguliers, dont les intervalles lucides peuvent être remplis par des symptômes nouveaux. « Car, dit Dubuisson, la manie périodique n'est pas toujours simple, c'est-à-dire que les accès n'ont pas toujours des intervalles lucides de raison quand il y a complication soit avec l'hypochondrie, la mélancolie, la démence. Dans ces cas, les symptômes propres à ces diverses maladies se manifestent entre les accès maniaques. » (P. 187.) Nous retrouverons cette idée dans des auteurs récents, ainsi que nous le verrons plus loin.

C'est surtout dans plusieurs endroits de l'ouvrage d'Esquirol (3) que nous voyons signalés les faits que nous étudions, et nous aurons plus tard occasion de lui emprunter plusieurs observations y venant à l'appui.

---

(1) Baillarger, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1854, p. 350.

(2) *Des Vésanies;* Paris, 1816.

(3) *Des Maladies mentales*, t. II; Paris, 1838.

« La folie, dit Esquirol (t. I, p. 80), se transforme en quelque sorte, et les diverses formes de délire se remplacent, se succèdent. Nous devons ajouter qu'elles se compliquent pour former des composés binaires, ternaires. La lypémanie se complique avec la manie ; la démence, avec la manie et la monomanie. » Pour Esquirol, les alternatives de la mélancolie et de la manie sont deux maladies distinctes, et l'on voit qu'il pense de même des alternatives de la manie avec d'autres maladies, quand il dit (t. II, p. 170) : « Il n'est pas rare de voir la manie alterner d'une manière très-régulière avec la phthisie, l'hypochondrie et la lypémanie. » Cependant, et c'est un progrès à notre avis, cet illustre médecin insiste ici sur la très-grande régularité de ces alternatives.

Nous empruntons les lignes suivantes à la savante analyse que M. Baillarger a faite dans ses leçons (1).

« Un autre point qui, dit M. Baillarger, tient une grande place dans cette étude, semble avoir été bien jugé par Esquirol. Il a remarqué, au moins dans certains cas, qu'entre l'accès de mélancolie et l'accès de manie, il n'y a que de simples rémittences, et non des intermittences complètes, ainsi que l'ont cru après lui plusieurs auteurs. Nous lisons, en effet, à la page 79 du tome Ier : « La rémission, dans quelques cas, n'est que le passage d'une forme de délire à une autre forme ; ainsi un aliéné passe trois mois dans la lypémanie, les trois mois suivants dans la manie, enfin quatre mois, plus ou moins, dans la démence et ainsi successivement, tantôt d'une manière régulière, tantôt avec de grandes variations. »

« Outre le fait de la rémittence entre les deux formes, ajoute M. Baillarger, Esquirol tendrait en même temps à établir, ce qui me paraît une erreur, que cette succession n'a rien de spécial à la mélancolie et à la manie, puisqu'il fait, comme on le voit, intervenir la démence. Les lignes qui suivent démontrent qu'après avoir parlé

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 373 et suiv.

de la même manière de la succession de la mélancolie avec la phthisie, l'hypochondrie, la démence et la manie, le même auteur a confondu encore d'autres faits, qui demandent évidemment à être distingués.

« Quelques heures, quelques jours, quelques mois avant l'explosion de la manie, il est, dit-il, des individus qui sont hypochondriaques, profondément mélancoliques, tandis qu'il en est d'autres qui tombent dans une stupeur profonde, paraissant privés de tous sentiments, de toute idée. Ils sont sans mouvement, restent où on les pose ; il faut leur porter les aliments à la bouche, les habiller ; les traits de la face sont crispés, les yeux rouges et brillants. Tout à coup la manie éclate avec tout son délire, toute son agitation. »

N'est-il pas évident qu'il n'y a aucune analogie à établir entre les cas où la manie éclate, après quelques jours de tristesse et d'abattement, et ceux dans lesquels cette maladie a été précédée d'un véritable accès de mélancolie, qui s'est prolongé pendant plusieurs mois.

« Voici, sur ce même point, l'opinion d'un de ses élèves, le Dr Anceaume (1) : « Le délire mélancolique, dit celui-ci, est-il susceptible d'être compliqué avec d'autres délires ? Je ne le crois pas. Serait-ce avec le délire maniaque ? Le délire ne peut être à la fois partiel et général : ces deux états opposés ne sauraient exister simultanément. Il est constant cependant que la manie et la mélancolie affectent quelquefois le même individu, se succédant alternativement à des intervalles plus ou moins rapprochés, ou à des périodes plus ou moins éloignées, régulières ou irrégulières. Mais ce n'est pas là une complication ; ce sont deux affections de l'esprit qui existent isolément dans des temps différents. »

« Ainsi, point de doute, la mélancolie et la manie sont ici, pour

---

(1) *De la Mélancolie*, thèse de Paris, 1818, n° 16, p. 157.

Auceaume comme pour Esquirol, deux affections isolées de l'esprit.

« On trouve dans l'ouvrage classique de Griesinger (1) plusieurs passages importants sur le sujet qui nous occupe.

« La transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes sont très-ordinaires. Il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un *cycle* des deux formes, qui alternent souvent très-régulièrement. D'autres observateurs, et nous-même, avons vu des cas où la mélancolie survenue en hiver est remplacée par une manie au printemps, qui, en automne, se transforme de nouveau en mélancolie.

« Les accès de manie avec agitation alternent souvent avec un état de mélancolie ; quelquefois il y a entre ces deux formes une alternance régulière, *pour celles, par exemple, qui débutent à une certaine époque de l'année.* D'autres fois on voit ces accès de manie avec agitation revenir après des intervalles complétement libres, réguliers ou irréguliers, de un, deux, trois ans, ou davantage. C'est là une forme fâcheuse de véritable épilepsie psychique, qui partage avec l'épilepsie ordinaire la gravité du pronostic..... Il y a, par exemple, des cas de manie qui sont précédés seulement pendant quelques jours d'une grande anxiété, d'inquiétude, d'un état de désespoir. D'autres fois le stade mélancolique se prolonge pendant toute une année sous une forme moins intense et avec des rémissions plus ou moins rapprochées.....

« On a déjà indiqué comment, dans la plupart des cas, l'état mélancolique se transforme en un état maniaque et réciproquement. En suivant attentivement le développement de la maladie, on peut voir, chez les mélancoliques, le sentiment d'une anxiété douloureuse s'accroître de jour en jour, se traduire d'abord par une sorte d'inquiétude violente qui, continuant toujours à faire des progrès,

(1) *Die Pathol. und Therapie der psychischen Krankheiten*, p. 226; 1845.

se transforme en une agitation maniaque complétement caractérisée. »

« Ces passages de l'ouvrage de Griesinger pouvent que lui aussi a souvent observé la transformation de la mélancolie en manie. Il est d'ailleurs évident qu'il a confondu, comme Esquirol, des faits très-différents, ceux, par exemple, dans lesquels la manie est précédée de mélancolie pendant quelques jours, et ceux dans lesquels le stade mélancolique se prolonge pendant toute une année. D'autre part cependant, il faut reconnaître que ce médecin a mieux décrit, qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, le passage de la mélancolie à la manie; en outre, il a fait la remarque très-juste, que les alternatives de la manie et de la mélancolie s'observaient surtout chez les malades dont les accès reviennent à certaines époques régulières de l'année. Enfin nous devons mentionner encore cette comparaison très-exacte de la maladie à un *cercle*. L'aliéné, ne sortant de la manie que pour retomber dans la mélancolie, puis de nouveau dans la manie, et ainsi de suite indéfiniment, roule en effet dans une sorte de *cercle*. »

Nous allons revenir dans un instant sur ce mot *cercle*, auquel M. Falret paraît avoir attaché une certaine importance.

Disons avant que Fodéré n'a pas oublié de parler, dans son *Traité du délire* (1), des alternatives de ces deux formes (manie et mélancolie), car il dit (t. I[er], p. 602) : « La manie qui a été précédée d'une longue mélancolie, et qui est remplacée par cette espèce dans les intervalles, et après que les paroxysmes de fureur ont cessé, ne doit jamais être regardée comme complétement jugée; elle laisse toujours des craintes pour l'avenir, et elle est même assez fréquemment terminée par le suicide, dans le temps où l'on s'y attend le moins. »

En 1851, M. Falret fait mention, dans ses leçons, de la *folie cir-*

(1) T. II; Paris, 1847.

culaire, et désigne par là, à côté des types continu, intermittent et rémittent, qu'affectent les maladies mentales, un type circulaire, réalisant ainsi par un mot la comparaison, faite par Griesinger, de la manie et de la mélancolie à un cercle. C'est en effet ce qu'il énonce dans la *Gazette des hôpitaux* (14 janvier 1851), à propos de la marche de la folie. Ainsi, après avoir parlé des variations qu'offre la folie dans ses degrés et ses types, ainsi que de ses transformations, il ajoute : « Il est une forme spéciale que nous appelons *circulaire*, et qui consiste, non comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparée par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'exaltation alterne avec une période ordinairement plus longue d'affaiblissement. Il n'y a généralement ni véritable aliénation partielle, ni aliénation générale ; c'est, en quelque sorte, le fonds de chacune de ses formes, sans leur relief. Chose remarquable ! chacun de ces deux états pris à part est plus curable que les manies et les mélancolies ordinaires, et leur réunion constitue toujours une forme incurable des maladies mentales. »

Ici donc M. Falret, pas plus que Griesinger, n'a songé à créer une entité morbide nouvelle; il appelle seulement l'attention des médecins sur le roulement continu de ces deux états successifs, en même temps que sur la gravité de leur pronostic.

Le savant aliéniste Guislain a cité aussi ces alternatives de dépression et d'excitation. « J'ai pu constater, dit-il (1), la mélancolie alternant avec la manie ; d'autres fois, j'ai observé une fusion complète entre ces deux phénomènes, comprenant à la fois la tristesse et la violence. Je soigne en ce moment un malade qui est mélancolique tous les quatre jours et maniaque le reste du temps. »

---

(1) *Leçons orales sur les phrénopathies*, t. I, p. 152; Paris et Gand, 1852.

A la même époque, M. le Dr Billod, dans un mémoire inséré dans les *Annales médico-psychologiques* de 1852, et intitulé *des Intervalles dits lucides chez les aliénés*, disait : « La manie est bien plus rarement intermittente qu'on le pense ordinairement. Assez souvent, il est vrai, on voit des individus présenter des intervalles plus ou moins réguliers, des perturbations avec exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Ces troubles ont une durée variable et paraissent, après une certaine période, cesser complétement; mais, pour un observateur attentif, l'état mental qui leur succède est bien loin d'être un état normal. Assez ordinairement alors, on observe une teinte de mélancolie que rien ne justifie..... Nous croyons aussi qu'il se produit alors quelques troubles de la sensibilité et de l'intelligence qui restent intérieurs et inaperçus, tant parce que les malades n'en ont pas conscience, que parce qu'ils sont peu expansifs, et semblent concentrer en eux-mêmes ce qu'ils éprouvent. » Et un peu plus loin, à l'appui de ce fait, M. Billod cite une observation (obs. 21) qui est un véritable type de folie à double forme.

Dans un ouvrage plus récent (1), et qui peut être considéré comme une réimpression de ses leçons, M. Falret a développé de nouveau ses idées sur la folie circulaire, mais toujours à propos de la marche de la folie, et non en tant que maladie mentale spéciale. Voici ce qu'il dit en effet : « La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, a été signalée, dans tous les temps, comme un fait accidentel; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels se manifeste avec continuité, et d'une manière presque régulière, la succession de la manie et de

(1) *Leçons cliniques de maladies mentales*, faites à l'hospice de la Salpêtrière, p. 249, 250; janvier 1854.

la mélancolie. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale, que nous appelons *folie circulaire*, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée. Faisons remarquer toutefois que les deux états dont la succession continuelle constitue la folie circulaire ne sont, en général, ni la mélancolie ni la manie proprement dites, avec leurs caractères habituels ; c'est, en quelque sorte, le fonds de ces deux états de maladie mentale, sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque, c'est-à-dire activité extrême des facultés, avec besoin incessant de mouvement et désordre très-marqué dans les actes. D'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence, et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension des facultés intellectuelles et affectives. Cette période de folie circulaire est ordinairement plus longue que la période d'exaltation maniaque. Chose remarquable ! ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont plus curables que les autres, présentent la gravité la plus grave lorsqu'elles se trouvent réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection : jamais nous n'avons observé de guérison complète, ni même d'amélioration durable. »

Ici là encore, M. Falret a modifié un peu sa première opinion, puisque pour lui le cercle d'états maladifs dans lequel roule l'aliéné est non plus continu comme autrefois, mais interrompu par des intervalles lucides d'assez courte durée. Enfin ce n'est que cette fois qu'il signale la régularité dans la succession de la manie et de la mélancolie.

Nous arrivons maintenant au mémoire de M. Baillarger, que l'on

trouve inséré dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* (31 janvier 1854, t. XIX), ainsi que dans la *Gazette hebdomadaire* (février 1854), et qui fait le fonds de notre travail. Sans vouloir analyser ici ce mémoire, que nous développons longuement plus loin, nous dirons que l'auteur a établi une entité morbide nouvelle, et fait une folie simplement intermittente, dont chaque accès est composé de deux stades.

Lors de la lecture de ce mémoire à l'Académie de Médecine, M. Falret, dans la séance suivante (14 février), vint contester la priorité de ce nouveau genre de folie, qu'il prétendit avoir fait connaître depuis longtemps. Il lut alors, à son tour, un travail sur la folie circulaire, qu'il considère cette fois comme une maladie spéciale. Il se sert en effet de cette dénomination pour désigner « une forme d'aliénation mentale, caractérisée par l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. »

Après avoir établi nettement qu'il ne s'agit ici ni de folie intermittente ni de folie rémittente, l'auteur ajoute : « Pour constituer la folie circulaire, la dépression et l'excitation doivent se succéder pendant longtemps, et se succèdent le plus souvent pendant toute la vie, d'une manière presque régulière, et dans un ordre toujours le même, et avec un intervalle de raison ordinairement assez court relativement à la durée des accès..... C'est un véritable cercle dans lequel roule l'aliéné. Tantôt le cercle est décrit en trois semaines ou un mois, tantôt il n'est complet qu'après plusieurs mois ou plusieurs années. Du reste, que l'évolution soit lente ou rapide, ce caractère de durée ne change rien à la nature de la maladie ; elle reste la même dans ses traits généraux comme dans ses principaux détails. Aussi pensons-nous que c'est une véritable forme de maladie mentale, parce qu'elle consiste dans un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques avec eux-mêmes dans les diverses périodes, se succédant dans un ordre déterminé, de telle sorte qu'en constatant certains d'entre eux, on peut d'avance

annoncer l'évolution ultérieure de la maladie. Elle est même, à plus juste titre que la manie et la mélancolie, une forme naturelle, car elle n'est pas basée sur un seul caractère principal, la quantité de délire, la tristesse ou l'agitation, mais sur la réunion de trois états particuliers, se succédant dans un ordre déterminé, possible à prévoir, et n'étant pas susceptible de transformation. Un caractère général de la folie circulaire, c'est la ressemblance, chez le même malade, de chacune des périodes de chaque accès; elle a lieu ordinairement non-seulement dans les symptômes principaux, mais dans la plupart des détails, non-seulement dans le fait de l'excitation ou de la dépression, mais dans les idées et les sentiments exprimés par les malades, ainsi que dans les symptômes physiques. Cette ressemblance va même quelquefois jusqu'à la reproduction des mêmes manifestations, à la même époque de chaque période. »

Comme on peut le voir, M. Falret, dans son mémoire, abandonne ses idées anciennes, pour se rallier en fait à l'opinion de M. Baillarger. On y trouve, au reste, une description de la maladie qui se rapproche si bien de la folie à double forme, que nous avons cru devoir la citer plus loin. L'auteur a en outre traité plus longuement la question d'étiologie, surtout au point de vue de l'hérédité, et la question médico-légale, de sorte qu'on peut dire qu'il complète en partie le travail de M. Baillarger. C'est pour cela que nous nous sommes beaucoup aidé de ces deux mémoires; aussi ne devra-t-on pas s'étonner de retrouver dans le cours de notre travail le mot de folie circulaire, que nous ne citons que pour être fidèle, sans y attacher aucune autre importance.

Telle est la part qui revient à M. Falret à propos de ce nouveau genre de folie. Nous ne voulons pas nous appesantir sur des détails de priorité ni sur les discussions qui eurent lieu au sein de l'Académie de Médecine après la lecture de ces deux mémoires. Nous comparerons seulement les opinions diverses de M. Falret avec celles qu'a émises M. Baillarger en 1854, et nous verrons alors en quoi

elles différaient jadis et se rapprochent maintenant, et enfin ce qu'il faut penser de la folie circulaire.

Jusqu'en 1854, M. Falret faisait de sa folie circulaire une véritable folie intermittente à formes alternes, dont il admettait, comme Anceaume et d'autres, l'ordre de succession de la façon suivante : *manie, intermittence ; mélancolie, intermittence ; manie*, etc. ; c'est-à-dire des intermittences entre les périodes et non entre les accès. M. Baillarger établit le contraire, et arrive à substituer à une folie intermittente à formes alternes une folie simplement intermittente dont voici l'ordre de succession : *manie-mélancolie* (accès), *intermittence ; manie-mélancolie* (accès), etc. ; c'est-à-dire que « l'intermittence n'arrive qu'après l'évolution des deux périodes, ou autrement après l'accès complet, comme cela a lieu dans toutes les maladies intercurrentes ; et en outre, comme conséquence, il n'y a qu'une seule intermittence, au lieu de deux » (1).

Si M. Falret a parlé autrefois de la folie circulaire comme étant composée de deux maladies distinctes qui se remplacent, il a fini par admettre, avec M. Baillarger, qu'elle doit former une maladie unique à forme bien naturelle, composée seulement d'états distincts ; de plus, il a parfaitement reconnu que ce que l'on prenait le plus souvent pour des intermittences complètes n'était que de simples rémittences, et qu'il n'y avait pas là un retour complet à la raison : « Au moment où l'agitation a cessé, dit-il, il se produit un état assez difficile à caractériser ; il participe de l'excitation très-amoindrie qui finit et de la dépression qui commence. Est-ce là un véritable intervalle lucide ? Nous répondrons négativement, en prenant en considération la généralité des faits » (2).

Du moment que M. Falret admet que l'intervalle lucide n'existe pas ou existe à peine entre les périodes, il se rapproche donc de

(1) *Annales médico-psychologiques*, loc. cit., p. 380.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, loc. cit., p. 392.

l'opinion de M. Baillarger, et fait, comme lui, une folie purement et simplement intermittente; comme lui, il établit très-bien des accès. Reste encore une certaine divergence d'opinion, mais de peu d'importance.

« Je n'avais compté, dit M. Baillarger (1), que deux périodes, l'une de dépression, l'autre d'excitation, sans songer à admettre, comme une troisième période, l'intermittence qui sépare les accès entre eux. M. Falret au contraire regarde l'intermittence comme une troisième période : «Nous appellerons, dit-il, accès de la folie circulaire la réunion des *trois* périodes dont la succession forme un cercle complet; ces trois périodes sont : 1° l'*état maniaque,* 2° l'*état de dépression,* 3° l'*intervalle lucide.* Cette troisième période, pendant laquelle le malade revient à la santé, peut avoir une durée très-variable, selon que la folie circulaire est à courtes ou à longues périodes. Dans ce dernier cas, en effet, l'*intervalle lucide* peut avoir une très-longue durée. » Il est bien certain que l'admission de cette troisième période d'intermittence ou de santé, comme on voudra l'appeler, ne change absolument rien à la constitution de l'accès. Si un auteur croyait devoir admettre demain que la fièvre intermittente quotidienne se compose de quatre stades au lieu de trois, comptant l'intermittence pour le quatrième stade, cela ne changerait rien à la nature de la maladie ni à l'accès lui-même..... La folie circulaire étant donc devenue une maladie intermittente, cette dénomination n'a plus sa raison d'être, ou bien alors il faudrait l'appliquer à toutes les affections intermittentes. Le malade atteint de fièvre intermittente roule, en effet, fatalement dans un même cercle, tout aussi bien que le malade atteint de folie à double forme; seulement, au lieu de l'excitation, la dépression et l'intervalle lucide, nous avons le frisson, la chaleur, la sueur et l'intermittence. »

Tel est, en quelques lignes, le résumé des différents points que

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 389.

M. Baillarger a si savamment discutés à l'Académie de Médecine et dans ses cours.

Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que depuis la publication du mémoire de M. Falret, il a paru peu d'observations sous le titre de *folie circulaire*, et que toutes au contraire portent le nom de *folie à double forme*.

Depuis lors il a été question de cette affection mentale dans les recueils spéciaux : ainsi M. Billod, qui, en 1852 (voir page 17), citait les alternatives de la manie et de la mélancolie, sans préciser davantage, dans un mémoire publié en 1856 (1), parle de la folie à double forme; voici ce qu'il dit en effet : « La lypémanie avec réaction de tristesse peut alterner avec des accès de manie et constituer la folie appelée *circulaire* par M. Falret, *à double forme* par M. Baillarger, et qui serait mieux nommée, je crois, *folie à double phase*. Nous croyons pouvoir, en effet, exprimer l'opinion que, dans cette forme d'affection, la lypémanie est la forme principale, et que la phase de manie n'est que le produit de la réaction de la phase mélancolique. Nous nous croyons aussi fondé à admettre que si, par la phase de manie, le système nerveux s'est débarrassé d'un excès d'innervation, l'émission a pu aller au delà de la quantité excédante, et par suite la dépression a dû succéder à l'excitation. Quoi qu'il en soit de cette explication toute hypothétique, il me paraît impossible de ne pas admettre l'enchaînement et la solidarité qui unissent entre eux les deux modes de manifestations, et qui en font bien plutôt deux phases d'une même affection que deux maladies distinctes et alternantes. Chez un malade de l'asile de Blois, les alternatives oscillaient entre quinze jours et un mois; et, ce qui me semble démontrer qu'il y a solidarité ou plutôt subordination des deux phases l'une à l'autre, c'est que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la manie était d'autant plus intense que la lypémanie était accom-

(1) *Annales médico-psychologiques*, p. 333 (*des Diverses formes de lypémanie*).

pagnée d'une réaction de tristesse plus profonde et plus prolongée. »

Sans entrer dans les idées théoriques de cet auteur, nous admettrons avec lui l'enchaînement et la solidarité des deux phases.

Un peu plus tard, en 1858, un élève de M. Billod, M. Combes, dans sa dissertation inaugurale (1), répète presque les paroles de son maître, et insiste également sur la dépendance des deux phases. Ainsi, après avoir dit (page 55), à propos des intermittences dans la marche de la folie : « La dépression qui survient quelquefois dans la manie ne fait nullement obstacle à la loi d'intermittence ; loin de là même, puisque nous pensons que l'intermittence peut être remplie par une véritable vésanie, » il ajoute plus loin : « Quand l'intermission est une vésanie dépressive, le rapport est peut-être plus complexe encore, et alors beaucoup moins connu. Toujours ici l'une des deux phases est dépendante de l'autre ; presque toujours elles finissent par être toutes les deux dépendantes l'une de l'autre. »

Enfin, si nous ouvrons le livre d'un auteur récent, M. Morel (2), nous trouvons à peine quelques lignes sur la folie circulaire ou à double forme (3) !

Tel est l'état de la question qui nous occupe, et nous terminerons cet aperçu historique, peut-être un peu long, pour arriver ensuite

---

(1) *De la Marche de la folie*, thèse de Paris, 1858, n° 36.

(2) *Traité des maladies mentales*; Paris, 1860.

(3) Au moment de livrer notre travail à l'impression, nous avons appris qu'un mémoire de M. le Dr Jules Delaye avait paru sur ce sujet dans le *Journal de médecine de Toulouse* (septembre 1860). Il est intitulé : *De la Folie à formes alternes*; et par là, l'auteur désigne une affection mentale caractérisée par deux périodes distinctes se reproduisant alternativement, avec ou sans intermittence entre la production de deux périodes géminées. Nous n'avons pu nous le procurer à temps pour le citer dans le cours de notre dissertation : nous dirons seulement ici que les conclusions émises par M. Delaye se rapprochent parfaitement des nôtres.

à la description de la maladie. Mais cependant nous ne pouvons quitter ce chapitre sans faire remarquer que, depuis les travaux publiés sur la folie à double forme, ce genre de folie a été noté dans une autre affection bien commune; nous voulons parler de la paralysie générale. Nous proposant de revenir plus loin sur ce point, nous signalerons seulement, en passant, qu'un certain nombre de faits ont été cités et envisagés de cette façon devant la Société médico-psychologique (1), par MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Renaudin, Lunier, etc.

DESCRIPTION.

Pour faciliter la description de la folie à double forme, nous appellerons, avec les principaux aliénistes, *accès* de la folie à double forme la réunion des deux périodes, excitation et dépression. Pour certains auteurs, M. Falret entre autres, l'accès se compose de trois périodes; mais nous avons déjà assez insisté sur ce point précédemment pour que nous n'y revenions plus. Il nous suffira de décrire un de ces accès pour donner une idée exacte de tous les autres, puisqu'ils se ressemblent entre eux chez le même malade. On observe la folie à double forme à *deux degrés* ou à *deux variétés* différentes. Bien que M. Falret n'ait pas admis cette division, que nous considérons comme importante, surtout au point de vue médico-légal, il a néanmoins laissé entrevoir, dans la description qu'il fait des deux périodes, qu'il y a des nuances diverses. Voyons, en effet, ce qu'il dit dans sa description (2), qui, du reste, va donner un très-bon aperçu des deux états différents qui constituent notre genre de folie.

«En général, l'*état maniaque* est caractérisé par une simple exal-

(1) *Annales médico-psychologiques,* 1858 et 1859.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 1854, p. 391 et suiv.

tation de l'intelligence et des sentiments, qui d'abord n'est remarqué que comme un des moments heureux où l'esprit se développe avec activité, où tout paraît facile, où la nature se présente sous l'aspect le plus riant; le malade n'offre alors qu'une plus grande activité de toutes les facultés, et il semblerait modifier en bien, aux yeux des spectateurs étonnés, si l'on ne voyait déjà poindre quelques légères altérations des sentiments, et si les accès ne commençaient à paraître étrange et même désordonnés. Progressivement et en très-peu de temps, le mal augmente; l'exubérance des idées devient prodigieuse, les sentiments s'exaltent, des témoignages de tendresse sont donnés aux personnes autrefois indifférentes, et des manifestations haineuses éclatent contre les personnes naguère les plus chères; les mouvements sont rapides et incessants. C'est dans cette période que les malades, laissés libres, déplacent, culbutent tous leurs meubles, changent d'appartement, bouleversent leur jardin, sont espiègles, mutins, jouent toute espèce de tours, font des projets et les exécutent presque instantanément, composent, écrivent en prose et en vers, et cette prodigieuse activité, qui déborde par toutes les issues, est pendant la nuit ce qu'elle est pendant le jour; le malade éprouve le sentiment d'une santé physique parfaite, et souvent, en effet, les états maladifs antérieurs se suspendent pendant cette période d'excitation. L'appétit est augmenté, toutes les fonctions organiques paraissent avoir une activité plus grande; et, malgré l'absence de sommeil, le malade supporte gaiement et sans fatigue aucune tous les mouvements incessants et tous les excès auxquels il se livre. La face est colorée, les yeux brillants, animés; les traits du visage sont d'une grande mobilité, et tous les sens ont acquis une grande acuité. L'excitation que nous venons de décrire se prolonge habituellement, à peu près au même degré, pendant toute la durée de cette période, sans présenter ce désordre extrême et général des idées et des sentiments qui constituent la manie ordinaire.» C'est ici que commence pour nous un second degré de la maladie, dont les symptômes vont croissant;

mais laissons parler l'auteur : « Cependant il est un certain nombre de cas dans lesquels la période d'excitation consiste dans un véritable accès de manie, souvent même avec illusions et hallucinations très-intenses et très-prononcées. Il est plus fréquent encore de constater chez les malades qui ont une simple excitation maniaque des paroxysmes, pendant lesquels le délire est tout à fait maniaque et présente même quelques symptômes de débilité intellectuelle, et surtout lorsque la maladie est ancienne.....

« *L'état de dépression* s'établit aussi le plus souvent par degrés; mais nous ne nions pas que, dans des cas exceptionnels, la dépression, comme l'excitation, ne puissent être brusques dans leur apparition. Les malades, au commencement de la période de dépression, au lieu d'aller au-devant des personnes pour les accabler de la volubilité de leurs paroles, au lieu de harceler ceux qui les entourent, de faire des espiégleries, et de se livrer à la joie, commencent à se tenir à l'écart, et ne profèrent plus que de rares paroles. Quelquefois ils agissent comme une personne qui éprouverait de la honte de l'état précédent, dont ils conservent un souvenir plus ou moins complet; il en est d'autres qui sont dans un état d'humilité. Bientôt tous ces symptômes augmentent; les malades restent tout à fait solitaires et dans l'immobilité. Autant ils étaient exigeants dans la période d'excitation, autant ils sont humbles dans la période de dépression, et leur humilité va quelquefois jusqu'à refuser les soins dont ils sont l'objet, croyant ne pas les mériter; l'affaissement devient de jour en jour plus prononcé. Enfin, dans certains cas, il arrive un moment où le malade est comme transformé en une statue. L'instinct de conservation lui-même est affaibli, au point que le malade n'aurait pas l'impulsion suffisante pour aller chercher les aliments ou pour les demander, s'ils ne lui étaient offerts, même avec instance. Les sentiments sont très-affaiblis; le malade ne manifeste ni sympathie ni antipathie; il se laisse aller sans réaction à l'impulsion qu'on lui donne; il a perdu toute spontanéité d'action. Les mouvements sont lents, nuls ou presque nuls; souvent on est obligé d'en-

traîner les malades là où l'on veut les conduire, de les habiller, de les déshabiller, ou du moins de leur donner l'impulsion pour qu'ils accomplissent ces actes. Les symptômes physiques sont les suivants : la face est pâle, les traits, tirés en bas, annoncent l'affaiblissement plutôt que l'anxiété; les yeux sont ternes, les paupières à peine ouvertes, et tous les sens semblent endormis. Le malade paraît éprouver un sentiment de malaise général, et tous les organes de la locomotion sont dans un état de torpeur; l'appétit est très-diminué, le malade mange lentement; la digestion est également lente, et la défécation se fait péniblement. Le sommeil est meilleur que pendant la durée de l'excitation, mais il n'est ni régulier ni prolongé. Tels sont les phénomènes les plus constants dans l'état de dépression, ce qui nous a fait dire que c'était le fond de l'état mélancolique sans son relief, c'est-à-dire sans idées délirantes bien déterminées. Néanmoins (ici encore un second degré) il est un certain nombre de malades qui présentent des idées prédominantes, et, parmi ces idées, nous ferons remarquer celles d'humilité, de ruine, d'empoisonnement, de culpabilité..... La période de dépression, après être arrivée à son apogée et y être restée stationnaire, décline petit à petit, et passe d'ordinaire par gradations insensibles pour arriver à l'*intervalle lucide.*»

Arrivons maintenant à la description de chacun des degrés de la maladie, degrés que nous établissons d'après la présence ou l'absence de conceptions délirantes.

Au *premier degré*, la folie à double forme existe sans apparence de délire, et sans que les deux états soient bien prononcés. Aussi il n'est pas rare de rencontrer dans la société des personnes qui, durant une semaine, un mois, une saison même, semblent sous l'empire d'une exaltation quelconque; et la semaine, le mois, la saison, qui suivent, sous l'empire d'une dépression qui leur fait tenir une conduite tout opposée.

Esquirol rangeait cela dans la *monomanie* et ce qu'il appelait parfois, avec Pinel, *manie raisonnante*. On trouve, en effet, des exemples de folie à double forme dans plusieurs de ses observations, et entre au-

tres dans celles que nous rapportons à la fin de ce travail, sous les nos 19 et 20. Dans ces deux cas, nous voyons deux états opposés se succédant d'une saison à l'autre : l'excitation se montrant pendant l'hiver, et la dépression survenant à l'approche du printemps. La conduite des personnes atteintes de folie à double forme est très-bizarre, parfois même inexplicable pour quiconque ne voit que superficiellement les choses. Voici deux exemples que nous avons recueillis aux leçons de M. le Dr Marcé, faites l'hiver dernier à l'École pratique; ils nous montreront que pour chaque malade, il y a une différence bien saisissante entre les deux genres de conduite tout opposés. Le premier (que M. Baillarger cite aussi depuis longtemps à ses leçons) concerne un négociant qui, vers l'âge de 50 ans, manifeste un curieux changement dans ses habitudes. Pendant la première période (période d'excitation), il est d'une activité prodigieuse, passe toutes ses journées en visites, courses, placements, achats, voit tout en beau, se trouve heureux de tout, écrit des projets de réforme aux ministres, et se fâche si on lui reproche cette suractivité; il se livre avec ardeur aux plaisirs de tout genre, et jouit d'un sommeil excellent. Un beau jour, après une mauvaise nuit et un peu de malaise, la scène change, et la deuxième période se déclare; cet homme peut à peine se lever, se décourage, trouve tous ses projets absurdes, ne veut plus faire aucune démarche pour ses affaires, qui par conséquent sont en souffrance. Il devient alors facile à diriger, comme un enfant, cherche à se débarrasser de tous les objets qu'il avait achetés. Il a honte des actes de la veille, il est triste, sans sommeil, abattu, en proie à des idées de suicide, et cependant il n'a pas de délire. Il rend parfaitement compte de son état; c'était ce qu'il appelait sa *crise rose* et sa *crise noire*. Voilà donc un homme qu'on ne pouvait faire séquestrer ni interdire, parce qu'il ne déraisonnait jamais; et pourtant il compromettait sa fortune, aussi bien par ses achats absurdes pendant l'excitation que par son apathie pendant la dépression.

Le second cas se rapporte à une dame de 46 ans, qui, jusqu'alors

toujours aimable, éprouve un changement singulier dans son caractère comme dans son genre de vie. Pendant six mois, en effet, elle est dans un état de spleen, d'ennui de la vie, avec sensations hypochondriaques, que ne peuvent dissiper les voyages; mais, pendant six autres mois, il y a chez elle une surexcitation extrême des organes et des facultés.

Chaque année, à son cours, M. Baillarger ne manque pas de rappeler à son nombreux auditoire l'observation curieuse d'un membre de l'Institut qui, malgré une folie à double forme dont il était atteint, continuait à prendre part aux séances; seulement, pour un observateur attentif, ce n'était plus le même homme, suivant qu'il était dans la période de dépression ou d'excitation. Dans le premier état, il entrait dans la salle sans dire une seule parole à ses collègues, allait se mettre à sa place, paraissait triste et abattu, indifférent à ce qui se disait autour de lui, ne prenait jamais la parole. Était-il, au contraire, dans une période d'excitation, il entrait en se faisant remarquer, causait volontiers avec ses collègues, ne restait pas en place, prenait à chaque instant la parole, avait toujours des objections à adresser. Rentré chez lui, son activité continuait et n'avait pas de bornes, pour ainsi dire; ainsi il écrivait sans cesse, ou bien dictait de nombreux mémoires à deux ou trois secrétaires qu'il avait sous ses ordres.

Nous pourrions encore citer une foule d'exemples qui tous, au fond, se ressemblent pour la forme; mais on comprend qu'il est inutile d'insister davantage, seulement nous ferons remarquer que les individus de cette catégorie existent rarement dans les asiles d'aliénés; qu'au contraire, on les trouve dans la société, vivant au milieu d'elle, à la tête d'un commerce ou d'un poste important. Que chacun, du reste, examine le monde où il se trouve, il ne tardera pas à découvrir un individu présentant toutes ces particularités décrites plus haut, en un mot, un *fou lucide,* comme l'appellerait un éminent aliéniste de notre époque.

Cependant la folie à double forme, au premier degré, présente

quelques caractères particuliers, sur lesquels nous allons insister un peu. Ainsi, pendant leur période d'excitation, les malades (car pour nous ils ne sont pas autre chose) ont une grande tendance à la méchanceté, à la calomnie, à la critique. Une jeune demoiselle, dit M. Baillarger (obs. 11), saisit avec une sagacité remarquable, chez les personnes qui l'entourent, tout ce qui peut prêter au ridicule; sa verve est intarissable et se signale par de continuelles épigrammes. Une autre (obs. 10) frappe les filles de service qui lui donnent des soins. Quelquefois cette méchanceté se caractérise par des impulsions instinctives, comme ce jeune homme de notre observation 3, qui, tout à coup et sans cause connue, menace de son couteau son voisin de table ; ou encore comme cette malheureuse femme qui, au début de son état maniaque, égorge le jeune enfant de son frère (obs. 4). D'autres malades se font remarquer par une activité exagérée, comme ce membre de l'Institut, ou par un besoin extrême de s'occuper, de se mêler de tout. M. Rayer a cité à M. Baillarger le fait d'un homme qui, en 1848, se mit à écrire beaucoup, à fréquenter tous les congrès scientifiques pour y faire de nombreuses communications. Une femme dont nous parlons (obs. 2) faisait également, à la même époque, de la politique, et compromettait son mari par ses propos inconséquents.

Parfois l'excitation se manifeste, avons-nous dit, par des achats plus ou moins urgents, et surtout par des dépenses exagérées. Nos observations nous en présentent de nombrenx exemples. On conçoit que la ruine d'une maison, d'une famille, soit facilement amenée dans ces circonstances. Ainsi un malade, cité par M. Baillarger à son cours, au plus fort de son excitation, faisait une masse de transactions; un soir, sa femme arrive à temps pour déchirer un contrat de vente que son mari venait de passer dans un restaurant des environs de Paris. Elle put sauver ainsi l'avenir de ses enfants. M. Baillarger cite aussi à ses leçons l'histoire d'un malade qui, atteint de folie à double forme, avait de singulières conceptions délirantes, pendant son excitation, entre autres celle de vouloir tanner les pieds

de tous nos soldats, ce qu'il considérait comme un projet très-ingénieux. Eh bien ! cet individu, en 1848, acheta, alors qu'il était aussi dans sa période d'excitation, beaucoup de terrains sans s'enquérir des moyens de remplir ses engagements, et mit ainsi sa famille dans le plus grand embarras pour payer. Heureusement que les événements vinrent plus tard favoriser notre malade, qui, en somme, fit une assez bonne spéculation. Mais il est bien peu d'exemples de ce genre suivis d'un résultat si bon, et l'auteur d'un tel acte n'en est pas moins un aliéné.

« La nymphomanie et le satyriasis s'observent dans beaucoup de cas, et il semble qu'il y ait sous ce rapport une sorte de réaction après une longue période d'engourdissement des organes génitaux. M. le Dr Des Étangs a publié l'observation d'une femme de la Salpêtrière, atteinte d'imbécillité, mais qui avait en outre des accès de folie à double forme. Cette femme, après être restée tout l'hiver muette, immobile et accroupie dans un coin, renaissait tout à coup au printemps et pendant l'été. Une intarissable loquacité et de violents signes de nymphomanie annonçaient la fin de son immobilité et de son mutisme » (1). Ce symptôme est excessivement fréquent et se trouve dans la majeure partie de nos observations ; il se montre, d'ailleurs, sous divers aspects, excès vénériens, langage obscène, regards provocants, onanisme, priapisme. Nous en citerons quelques exemples recueillis aux leçons de notre maître, M. Baillarger. Une jeune fille, alternativement atteinte de manie et de mélancolie, après être restée six mois mélancolique à Charenton, en sort dans un état assez satisfaisant et sur les instances de sa tante. Au bout de quelques jours, celle-ci s'aperçoit d'un certain changement chez sa nièce, qui commence d'abord par se décolleter de plus en plus, par causer de mariage, d'amour; puis peu à peu a des idées lubriques, et finit par disparaître et suivre un homme d'un certain âge, avec lequel elle

(1) Baillarger, *Bulletin*, loc. cit., p. 349 et 351.

reste deux ou trois mois. Abandonnée alors par lui, elle a des accès de nymphomanie et ne tarde pas à se livrer à mille actes d'inconduite pour tomber enfin dans la prostitution la plus abjecte. C'est dans cet état qu'on l'a ramenée dans l'établissement qu'elle n'aurait pas dû quitter sitôt.

La grossesse peut très-bien survenir dans ces circonstances d'excitation génitale. M. le Dr Marcé a cité, en effet, le fait suivant (1) : « J'ai vu, dit-il, à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, une jeune fille atteinte de folie à double forme, qui, pendant la période d'excitation, s'en allait provoquant les ouvriers qui venaient travailler dans la maison ; elle devint enceinte. La grossesse se passa sans accidents notables et sans empêcher le retour alternatif des périodes de stupeur et d'excitation. Elle accoucha dans la période de stupeur ; le travail dura à peu près six heures, mais sans s'accompagner de douleurs très-vives. C'est à peine si la malade poussa quelques cris pendant le dernier quart d'heure. L'enfant vint au monde bien vivant ; les suites de couches furent naturelles ; la malade n'allaita pas. Depuis deux ans, malgré la grossesse et l'accouchement, l'état mental ne s'est pas modifié, et les périodes de stupeur et d'agitation reviennent toujours alternativement. » Chez l'homme, cette excitation génitale se manifeste soit par des excès vénériens, soit par l'onanisme ou le priapisme, comme l'a noté M. Baillarger dans l'observation suivante (2) : « M. X..... est sujet, depuis vingt ans, à des alternatives d'excitation et de dépression. Lorsqu'il tombe dans ce qu'il appelle lui-même son spleen, il devient indifférent à tout ; son œil est morne, sa marche est lente et lourde ; quoique fort laborieux, il ne peut plus travailler, et il ne sent même plus aucun goût pour le travail. Cet état dure plusieurs mois. M. X..... reprend alors peu à peu de l'animation, et il passe par un intervalle très-court de

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1857, p. 328.

(2) *Bulletin*, loc. cit., p. 344.

ce qu'on peut appeler raison parfaite ; mais bientôt l'activité augmente à ce point qu'il est impossible de méconnaître une véritable excitation fébrile. Le malade ne dort presque plus ; il lit et compose énormément, mais avec beaucoup de désordre. Il est pris parfois, quoique très-âgé, de priapisme, et va jusqu'à courir dans son jardin, en proie à une fureur lascive. Cette période dure aussi environ trois mois, et M. X..... retombe graduellement dans son spleen. »

L'impulsion à boire des liqueurs fortes, la tendance à la dipsomanie, se rencontre fréquemment dans la période d'excitation. Esquirol n'a pas oublié ce fait dans son ouvrage (obs. 9) ; et nous en citons encore quelques exemples dans la seconde partie de notre travail.

Il n'est pas rare non plus de voir pendant l'état maniaque les malades être portés à voler (obs. 14). Une aliénée de la Salpêtrière volait sans cesse, et faisait en outre une grande consommation de tabac en poudre ; mais, dès que la dépression survenait, on n'avait plus à se plaindre d'elle, et elle cessait tout usage de poudre sternutatoire.

Beaucoup de malades ont des idées de grandeur et de richesse (obs. 5 et 12) ; d'autres voient tout en beau, sont fats et remplis de leur personne.

Un malade de Charenton, entré en 1859 (1), présentait ce type. Il se croyait beau cavalier, excellent musicien, ayant pour maîtresses les plus belles cantatrices de Paris ; achetait des bijoux et des bouquets pour quelques-unes ; il était très-excentrique, dansait d'une façon ridicule, chantait assez mal, et, par-dessus tout, était d'une susceptibilité incroyable. Jamais on n'observa chez ce malade aucune lésion de la parole et des mouvements. De plus il avait eu, dix ans avant, un premier accès de folie à double forme, et sa mère avait aussi été atteinte de cette même maladie. Nous insistons ici sur ces détails, parce qu'un grand nombre de ces malades se rappro-

(1) Observation recueillie par M. Thomeuf, ancien interne, registre de 1859.

chent beaucoup, à ce point de vue, des paralytiques généraux au début, comme M. Baillarger l'a signalé, du reste, dans ses cours. Et cela est d'autant plus important à connaître que la folie à double forme peut très-bien se rencontrer dans la paralysie générale, ainsi que nous en citons un exemple (obs. 24).

Quelquefois il y a un développement exagéré des fonctions de certains sens. Nous empruntons à M. Renaudin le fait d'un malade qui, il est vrai, était halluciné, mais qui éprouvait des modifications curieuses de la vue et de l'ouïe, suivant les divers états de mélancolie et d'excitation où il se trouvait.

« Je connais, dit-il (1), un aliéné dont l'existence se partage en deux parts, l'une de calme, l'autre d'excitation. Doué d'une excessive impressionnabilité, il passe la première période sous l'influence d'une sorte de mélancolie hypochondriaque, qui va quelquefois jusqu'à la stupeur. L'ouïe est alors très-dure, et la vue même laisse à désirer. De cet état de calme, le malade passe ensuite à une période d'agitation maniaque, pendant laquelle les sens de la vue et de l'ouïe ont repris toute leur finesse; il perçoit les moindres détails à une grande distance et entend les moindres bruits. Cette sensibilité de perception coïncide, il est vrai, avec un état hallucinatoire très-prononcé, et notre malade n'est pas un sourd entendant des voix intérieures, mais un individu auquel l'état hallucinatoire a rendu l'usage de ses sens. »

Ceci nous amène à dire quelques mots sur les hallucinations et illusions qui assiégent fréquemment les malades atteints de folie à double forme. M. Brierre de Boismont, dans son livre sur les hallucinations (2), sur 27 cas qu'il a observés, a noté 14 fois des hallucinations et illusions. Nous regrettons que sur ce chiffre 14, il ne soit pas indiqué combien de malades avaient ces phénomènes pendant

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1855, p. 137.

(2) 3e édition, p. 157; 1861.

la période d'excitation ou de dépression; car l'auteur se contente de dire que ces hallucinations se sont montrées avec les symptômes propres à la manie et à la mélancolie, ce qui est juste, il est vrai. Cependant nous sommes porté à croire que ce phénomène se rencontre peut-être plus souvent dans le stade mélancolique. Quant à la nature des hallucinations, elle varie, comme le dit d'ailleurs l'auteur précédent, avec chaque forme de folie.

Tels sont les symptômes qu'on remarque durant la période d'excitation. Étudions maintenant ceux qui se manifestent dans la période dépressive. Comme on le conçoit, ils présentent un caractère tout opposé; aussi serons-nous très-bref sur leur énumération, la description que nous avons empruntée plus haut à M. Falret en donnant un aperçu assez complet. Pour bien montrer combien le contraste des deux états successifs est frappant, nous allons citer l'observation d'un malade traité et guéri par Th. Willis, dans laquelle l'aliéné lui-même rend compte de ce qu'il éprouvait, observation qu'on trouve dans la *Bibliothèque britannique,* ainsi que dans Pinel (*Aliénation mentale,* p. 89), et que rapporte aussi M. Baillarger, dans son mémoire (1) : «J'attendais toujours avec impatience, dit le malade, l'accès d'agitation, qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce que je jouissais, pendant toute sa durée, d'une sorte de béatitude; tout me semblait facile; aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité; ma mémoire acquérait tout à coup une perfection singulière; je me rappelais de longs passages des auteurs latins. J'ai peine, à l'ordinaire, à trouver deux rimes dans l'occasion, et j'écrivais en vers aussi rapidement qu'en prose; j'étais rusé et fertile en expédients de toute espèce. La complaisance de ceux qui, pour ne pas me pousser à bout, me laissaient donner carrière à toutes mes fantaisies, renforçait dans mon esprit la persuasion de mes pouvoirs supérieurs et soutenait mon audace. Mon

(1) *Bulletin,* loc. cit., p. 343.

insensibilité au froid, à la chaleur, à tous les petits inconvénients de la vie, le justifiait encore. Enfin un égoïsme profond et concentré me faisait rapporter tout à ma personne.

«Mais, si ce genre d'illusion me rendait heureux, je n'en étais que plus à plaindre dans l'état d'abattement qui le suivait toujours, et qui durait à peu près autant. Je me reprochais toutes mes actions passées, et jusqu'à mes idées même; j'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral. Le passage de l'un de ces états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil.» Souvent cet état de dépression est si peu prononcé, et peut présenter une telle apparence de calme, qu'on s'y laisse prendre. M. Baillarger a traité une jeune personne, qui était devenue très-douce, en raison surtout de son agitation précédente; ce qui permit de la marier dans cet état. Mais généralement le stade mélancolique se présente avec des caractères tranchés. Les malades sont tristes, indifférents, contents de tout, d'une humilité excessive, exagérant les soins qu'on leur prodigue, indécis, négligeant leur toilette et parcimonieux à l'excès. Ainsi un mari racontait à M. Baillarger, dans le service duquel était sa femme, que celle-ci était d'une prodigalité incroyable pendant sa période d'excitation, au point de faire à manger pour sept ou huit personnes au lieu de deux; au contraire, quand elle tombait dans la mélancolie et l'apathie, elle ne voulait plus préparer de nourriture, même pour son mari, qui bien souvent se trouvait forcé d'aller vivre au dehors. Du reste, Esquirol rapporte des faits de ce genre. L'observation 7 de notre travail en est un bien frappant exemple.

Chez d'autres malades, la dépression va jusqu'à garder une immobilité presque complète, et le repos au lit pendant des journées entières. Malheureusement les malades finissent par prendre un tel ennui, un tel dégoût de la vie (*tædium vitæ*), qu'ils refusent les aliments ou font des tentatives de suicide, comme le témoignent un grand nombre de nos observations. Parfois même le suicide s'accom-

plit (obs. 7). Esquirol a signalé ce fait. Il est vrai que ce qui porte davantage les malades à ce moyen fatal de remédier à leurs maux, c'est que bien souvent ils sont sous l'influence de conceptions délirantes ou d'hallucinations plus ou moins actives ; ce qui peut alors parfaitement constituer un second degré de la maladie.

Quant aux symptômes physiques, les plus notables sont : la perte de l'embonpoint, le ralentissement des fonctions de la digestion et de la circulation, la perte de la sensibilité, le trouble ou la suppression de certains flux. En général l'amaigrissement arrive rapidement, et parfois même on peut constater chaque jour la perte de poids. Ainsi, chez la malade de notre observation 11, en raison de la quantité insuffisante d'aliments qu'elle prenait, la perte a été une fois de 12 livres en quinze jours. Au contraire, dans la période de réaction et pendant les intermittences, l'appétit était très-grand, et le retour de l'embonpoint avait lieu d'une manière très-rapide. Du reste, ce symptôme existe également dans la mélancolie simple, mais à un degré moins prononcé.

Il n'est pas rare de voir chez les femmes les menstrues se supprimer, pour reparaître lors de l'excitation. On a vu d'autres fois un flux morbide, supprimé dans la période d'agitation, revenir lors du stade mélancolique, comme un écoulement otorrhéique chez une jeune fille dont parle M. le D[r] Morel (obs. 22). La dépression peut aller jusqu'à la stupeur. Les fonctions sont alors dans une langueur excessive ; le pouls surtout devient petit et lent, peut descendre jusqu'à 30 et même 25 pulsations, ainsi que l'a signalé M. le D[r] Verron (obs. 17); dans ce cas, il y avait aussi cyanose de la face et de tout le corps. Si la stupeur dure un certain temps, il survient bien vite des évacuations involontaires, une salivation plus ou moins abondante ; mais bien souvent il existe une constipation assez opiniâtre, comme chez les mélancoliques ordinaires. L'insensibilité a pu être parfois assez forte pour qu'une femme ait supporté avec indifférence les douleurs de l'enfantement (voir p. 33). Enfin la stupeur peut encore avoir un degré plus intense, et aller jusqu'à la catalepsie,

ainsi que l'a rapporté M. le D[r] Mérier (1), dans une observation très-longue, de façon à faire de l'affection une névrose assez complexe. Pour le sommeil, nous n'avons remarqué rien de bien fixe; tantôt il est bon, tantôt il est irrégulier, le plus souvent il est agité.

Quant aux symptômes intellectuels, ils consistent surtout en craintes, frayeurs, idées de persécution, tourments imaginaires, plaintes exagérées, etc., pour passer rapidement à un délire plus ou moins actif, avec conceptions délirantes, hallucinations de nature triste, démonomanie. C'est dans ces cas alors que le passage de la maladie du premier au second degré se fait facilement et presque insensiblement.

Voyons maintenant le *second degré* de la folie à double forme. Et d'abord il est assez difficile de le séparer nettement du premier degré; et quoique nous ayons posé une limite dans l'absence ou la présence du délire, nous avouerons que cela n'a rien de rigoureux. Ce sont surtout les symptômes de la manie qui se dessinent nettement. Il y a peu d'incohérence, mais une loquacité excessive, des violences, des voies de fait, le tout accompagné des symptômes physiques propres à la manie. Puis viennent des hallucinations et des illusions de la vue et de l'ouïe surtout, principalement de nature gaie. Ce qui différencie, au contraire, la période de dépression, ce sont les hallucinations de nature triste, puis des idées de défiance, de craintes d'empoisonnement, de la mort, etc.

Les périodes d'excitation et de dépression sont plus ou moins longues, et peuvent durer des semaines, des mois, et même des années, ainsi qu'on peut le voir dans quelques-unes de nos observations. Elles peuvent alors être égales en durée comme en intensité. En un mot, tout est relatif entre elles, et l'excitation maniaque, par exemple, est d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde.

---

(1) *Annal. méd.-psych.*, t. XII, 1[re] série, p. 192 et suiv.; 1848.

Il nous resterait ici, pour achever la description complète de la folie à double forme, de parler de l'état intermédiaire aux accès, en un mot, de l'intervalle lucide ; mais il n'y a plus là rien de fixe ni d'absolu ; et, comme dit M. Baillarger, on peut n'admettre qu'une intermittence, ou bien n'en pas admettre du tout. On comprend alors que cet intervalle n'ait rien de régulier dans sa durée ni même dans son intensité, suivant que la maladie est à courts ou à longs accès. D'ailleurs cette distinction est soumise à l'appréciation plus ou moins sagace, plus ou moins attentive de chaque observateur. Mais nous reviendrons un peu sur ce point dans le chapitre suivant. Toutefois nous dirons que généralement l'état lucide arrive graduellement.

La folie à double forme peut exister aussi dans le cours d'autres maladies, surtout dans la paralysie générale, comme nous l'avons dit plus haut (voir p. 25). Retranchez, en effet, les symptômes physiques propres à cette affection, et vous reconnaîtrez une véritable folie à double forme, dans les divers états successifs d'excitation et de dépression chez les malades de cette catégorie. D'un autre côté, observez attentivement les idées de grandeur, de richesse, dans le cas de folie à double forme, et vous remarquerez combien elles se rapprochent du délire ambitieux de la paralysie générale. «Il semble, dit M. Baillarger, qu'il y a quelque chose de congestif des deux côtés.» Ces signes seuls suffisent quelquefois aux médecins aliénistes, lorsque les symptômes paralytiques tardent à paraître, pour les mettre sur leur garde et leur faire pressentir une maladie fatale ; ils disent alors qu'il y a menace de paralysie générale. Nous en dirons autant pour les périodes dépressives de l'une et l'autre de ces deux maladies. M. Brierre de Boismont a noté (1) que sur 100 cas de paralysie générale, la double forme (expansive et oppressive) s'était montrée très-nettement 12 fois, mais à des degrés plus ou moins prononcés.

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1859 (Discussion sur la paralysie générale, p. 328).

Quelquefois l'une de ces formes n'avait qu'une durée assez courte : tantôt elles alternaient d'une manière assez rapide; tantôt l'une d'elles, après avoir persisté pendant un temps assez long, présentait dans les derniers temps des alternatives continuelles d'enthousiasme et de mécontentement.

Souvent même les symptômes physiques de la paralysie générale subissent des changements remarquables, disparaissent et réapparaissent plus ou moins complétement avec les divers états maniaques ou mélancoliques (obs. 5 et 24). Parfois encore, il y a un retour presque parfait à l'état normal, avec suppression entière de tous les symptômes de la paralysie. M. Baillarger (1) a emprunté le fait suivant à M. le Dr Renaudin : « Chez un de nos malades, atteint de paralysie générale, consécutive à une manie ambitieuse, qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans, dit M. Renaudin, une singulière intermittence. Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré; on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil; la démence est complète, la prononciation impossible, ainsi que les mouvements, les excrétions involontaires, la mémoire abolie. A chaque instant surviennent des congestions cérébrales qui mettent la vie du malade en danger, et qu'on traite par les antiphlogistiques et les révulsifs; c'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse. Dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui, peu de jours auparavant, inquiétait tant. La réaction revient avec énergie, et le dément du mois précédent devient un monomane ordinaire, doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur, parlant facilement, d'une extrême propreté. L'hiver que nous venons de traver-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 404.

ser n'ayant pas été rigoureux, sa santé n'en a pas souffert, la démence n'a pas reparu. »

Nous ne tirerons aucune conclusion de ce rapprochement entre la folie à double forme et la paralysie générale. Nous avons voulu seulement appeler l'attention des médecins sur ce point, comme pouvant éclairer le diagnostic et modifier le pronostic de ces deux maladies.

MARCHE ET DURÉE.

L'accès de la folie à double forme débute assez souvent d'emblée soit par la période d'excitation, soit par celle de dépression, sans que rien change dans la manière d'interpréter les faits. D'autres fois il n'arrive que dans le cours d'une autre folie, la monomanie, la manie, la mélancolie : après diverses alternatives, il finit alors par se déclarer au bout d'un temps plus ou moins long. En tout cas il n'y a jamais, entre les deux périodes, un intervalle lucide ou de calme complet. Cette intermittence n'est qu'apparente quand elle existe ; ce qui trompe, c'est qu'il y a pour les accès très-longs une sorte de période de transition qui se fait lentement, graduellement, et pendant laquelle le malade, si l'on n'y fait une extrême attention, peut paraître guéri. Bien que le délire ait disparu, le retour aux habitudes anciennes est bien loin d'être complet ; c'est ce dont on peut se rendre compte très-facilement, en comparant les malades à eux-mêmes avant l'invasion du délire. « On juge, pour ainsi dire, leur état (1), dit M. Falret, en constatant des omissions plutôt que des manifestations. Les faits négatifs que l'on recueille ainsi par une semblable observation sont précieux, pour faire voir qu'ils ne sont sont pas dans un intervalle lucide. » Nous comprenons cependant

(1) *Bulletin*, loc. cit., p. 393.

que l'erreur ait quelquefois lieu, surtout quand il s'agit d'un premier accès.

Nous n'insisterons pas sur la durée de chaque période ; seulement nous dirons qu'en général, ces deux périodes sont d'autant plus égales que les accès sont plus courts. De plus, dans beaucoup de cas alors, où l'inégalité de durée existe, on constate que la période de dépression est plus longue que la période d'excitation.

Mais il y a un point curieux à étudier, c'est le passage d'une période à l'autre. La transition se fait souvent brusquement, surtout dans les accès à courtes périodes, et ordinairement pendant le sommeil. Le malade qui s'est couché mélancolique se réveille maniaque, et *vice versa*. Chez l'aliéné de Willis, c'était la dépression qui succédait ainsi à l'excitation; chez une autre malade (obs. 11), c'était, au contraire, l'excitation qui succédait à la torpeur. Parmi les faits que nous citons à la fin de cet ouvrage, on trouve beaucoup d'exemples semblables.

Mais il n'en est plus ainsi lorsque les périodes se prolongent cinq à huit mois; alors la transition a lieu très-lentement, par degrès insensibles, et se fait tantôt sans phénomènes remarquables, tantôt en se manifestant par quelques troubles physiques portant sur les diverses fonctions de l'organisme, et variables avec chaque stade. Nous ferons remarquer en passant que la transition est très-importante à bien connaître relativement au pronostic. Quoi qu'il en soit, la durée de cet état, dans lequel la raison a bien de la peine à tenir l'équilibre entre l'excitation qui finit et la dépression qui commence, est toujours moins prolongée que celle de l'intervalle lucide, qui se manifeste à la fin de chaque accès. Quant à cette intermittence qui sépare chaque accès, et qui a été admise par tous les auteurs, elle est habituellement moins longue que les périodes d'excitation et d'affaissement considérées isolément, mais elle peut aussi être d'une durée variable, suivant que les accès sont à courtes ou à longues périodes. Dans ce dernier cas, en effet, l'intervalle lucide peut avoir une longue durée.

La marche de la folie à double forme offre une très-grande régularité, et même une véritable monotonie dans les accès, qui sont comme stéréotypés les uns sur les autres. Voici, pour nous résumer, comment nous la comprenons et l'établissons :

Manie, mélancolie (accès), intermittence;
Manie, mélancolie (accès), intermittence, etc.

La folie à double forme n'est pas toujours intermittente. « La maladie, en effet, peut s'arrêter après un premier accès. Quand la manie a succédé à la mélancolie ou réciproquement, l'aliéné revient à la santé, et l'accès ne reparaît plus. Il y a certainement ici là une différence entre cette transformation qui n'a lieu qu'une fois, et l'alternance qui suppose la succession continuelle. Quelques manigraphes ont donné pour ces cas, dans lesquels la maladie s'arrête après un seul accès, une explication singulière. Lorsque la mélancolie, par exemple, succédait à la manie, ils l'ont considérée comme un phénomène critique, ne remarquant pas que la prétendue crise durait souvent aussi longtemps que la maladie elle-même. Cette explication n'a été donnée que pour les accès à courtes périodes; pour les autres elle eût paru trop étrange. Esquirol a cité une observation dans laquelle il s'agit d'une jeune fille qui, après avoir passé onze mois dans la mélancolie, avec tendance au suicide, présenta graduellement les symptômes d'excitation, et guérit complétement après être restée un an maniaque » (1).

Il nous reste à dire quelques mots sur le type des accès. Sous ce rapport on peut admettre plusieurs catégories, ainsi que l'a établi M. Baillarger (2).

« *Première catégorie.* Elle comprend les accès isolés, soit que le

---

(1) Baillarger, *Annales médico-psychologiques,* 1854, p. 381 et 385.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1854, p. 402 et suiv.

malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait au plus quelques-uns séparés par de très-longs intervalles, et provoqués par de nouvelles causes.

« Dans la *deuxième catégorie*, il s'agit d'accès les uns très-longs, les autres très-courts, qui se reproduisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a 8, 10, 12 accès à des intervalles d'un mois, de trois mois, de six mois, d'un an, de deux ans même, et aucune cause nouvelle ne peut en expliquer l'apparition.

« *Troisième catégorie.* C'est la folie à double forme périodique; la durée des intermittences est régulière, mais très-variable suivant les cas, tantôt de dix jours (aliéné de Willis), tantôt de six mois, huit mois, un an.

« *Quatrième catégorie.* Elle comprend les accès qui se succèdent sans interruption, qui sont continus, en un mot, mais dont la durée est de quelques mois au plus. Dubuisson a cité l'observation (obs. 15) d'une dame qui, pendant six ans, était un jour mélancolique et un jour maniaque. Dans l'observation de M. Brierre (obs. 16), le malade est trois jours gai, expansif, et trois jours triste, abattu. Ici là, il n'y a aucune intermittence, ni entre les périodes, ni entre les accès.

« *Cinquième catégorie.* Cette succession continue qu'on observe pour les accès très-courts existe aussi pour les accès à très-longues périodes. Seulement, dans le premier cas, la transition est brusque; elle est lente et graduelle dans le second. Lorsqu'il en est ainsi, le malade passe sa vie sans s'arrêter jamais à l'état d'équilibre qui constitue la santé. »

MODES DE TERMINAISON.

Sans empiéter ici sur le pronostic de la maladie, nous dirons que la folie à double forme se termine très-rarement par la guéri-

son, et qu'elle finit le plus souvent par affecter une variété mentale simple, soit la démence, soit l'un ou l'autre des deux états qui la constituent, c'est-à-dire la manie ou la mélancolie.

La guérison, on le comprend, survient toujours dans des accès isolés; aussi n'y insisterons-nous pas. Mais dans la folie à double forme vraiment périodique, elle peut survenir soit à l'aide de crises, soit par un traitement convenable, ce qui est malheureusement assez rare dans les deux cas. Enfin la guérison peut encore avoir lieu, et c'est là le mode le plus fréquent, en vertu des seules forces de la nature : on remarque alors que les périodes, tout en conservant une durée égale, sont caractérisées par des symptômes d'une moindre intensité.

Quant à la terminaison de la folie à double forme, par la manie ou la mélancolie simple, elle est due souvent, surtout quand les accès sont à longues périodes, à l'intensité des symptômes d'un des deux stades qui, par sa durée et sa force, finit par prédominer. Ou bien encore, il peut arriver qu'on parvienne à supprimer ou à prévenir l'une des deux périodes par un traitement approprié; comme l'a observé M. Baillarger sur une jeune fille, où la période d'excitation a été supprimée. Dans ces deux cas, il reste une folie simple et à accès plus ou moins périodiques. Pour ce qui est relatif à la terminaison par la démence ou la stupidité, nous dirons que ces variétés mentales surviennent toujours quand la maladie étant devenue chronique, les intervalles lucides se signalent par une faiblesse intellectuelle de plus en plus prononcée. Cet intervalle lucide peut alors tellement diminuer, que les accès, d'intermittents, peuvent devenir continus, ce qui est un véritable mode de transformation.

Quant à la mort, lorsqu'elle survient dans la folie à double forme, elle présente les particularités propres à chaque état (manie, mélancolie) où elle a saisi le malade. Cependant nous ferons remarquer qu'il y a là un genre de mort assez habituel, c'est le suicide.

DIAGNOSTIC.

On conçoit toute l'utilité d'un diagnostic certain, quand on songe que la variété de folie qui nous occupe n'exclut pas la transformation de la manie en mélancolie et réciproquement ; et que d'un autre côté, on trouve quelquefois des signes semblables dans le cours d'autres vésanies. «Ainsi, comme le dit M. Falret (1), dans la manie, on observe parfois des états mélancoliques plus ou moins prononcés, et plus ou moins durables. Un certain nombre de maniaques présentent, avant l'explosion de l'agitation, un stade mélancolique d'une durée plus ou moins longue, ou bien, avant de guérir complétement, offrent une période de prostration qui est probablement l'effet de déperditions nerveuses excessives. D'un autre côté, dans l'aliénation partielle, on constate parfois des paroxysmes maniaques, et il est même une mélancolie anxieuse, remarquable par un besoin incessant de mouvement, par une agitation intérieure qui fait le désespoir des malades, et ne leur permet de se fixer sur rien, état qui peut arriver et arrive quelquefois jusqu'à l'agitation maniaque.» Toutes ces particularités sont donc autant de modifications de la manie et de la mélancolie, sans constituer nullement la folie à double forme : c'est ce que doit montrer le diagnostic. D'un autre côté, le diagnostic est encore très-important, ne serait-ce que pour prévenir les deux périodes ou l'une d'elles, par un traitement rationnel. «En effet, dit M. Baillarger à la fin de son mémoire (p. 352), ce qu'il importe désormais de rechercher, ce sont des éléments cliniques qui permettraient, lorsqu'il s'agit d'un premier accès, d'en reconnaître la nature dès la première période. Peut-être alors serait-il possible de prévenir, dans quelques cas, le développement de la seconde phase de la maladie.»

---

(1) *Bulletin*, loc. cit., p. 382.

Qu'on ne s'attende pas à trouver ici des données très-positives sur le diagnostic, car, nous l'avouerons sincèrement, la question qui nous occupe est encore trop peu connue pour que, avec les seuls éléments que nous possédions jusqu'à présent, nous puissions, en toute connaissance, établir un diagnostic infaillible.

Le principal élément qui puisse servir à caractériser la folie à double forme, c'est la régularité dans la succession des périodes, que la maladie commence par la manie ou par la mélancolie. Chacune de ces formes, en effet, se présente avec son cachet propre, toujours le même, sans aucun intervalle lucide entre elles, revenant pour ainsi dire à la même époque, à la même saison.

Si, dans les folies intermittentes ordinaires, on retrouve la même régularité dans le retour des accès, ceux-ci du moins sont toujours séparés par un intervalle lucide complet; de plus, les symptômes varient toujours un peu dans leur manifestation successive. Quant aux folies rémittentes, il n'y a plus de régularité; ensuite la période de rémittence est généralement plus courte que l'état mental prédominant. Or c'est ce qui n'a pas lieu dans la folie à double forme, où nous avons établi au contraire l'égalité de durée dans les périodes. Nous observons en ce moment, à Charenton, une jeune fille atteinte de manie très-violente, avec rémittences signalées par une mélancolie subite qui est de très-peu de durée, car le plus qu'elle ait existé jusqu'alors a été d'une quinzaine de jours, l'agitation persistant toujours des mois entiers. Il semblerait que, dans ce cas, l'abattement qui survient est le résultat d'une dépense exagérée des forces de l'organisme. Il n'en est plus ainsi dans la folie à double forme, puisque l'état de dépression qui suit l'état maniaque a une durée au moins aussi longue que le premier.

La transformation de la manie en mélancolie peut très-bien exister, avons-nous dit; elle se caractérise surtout par des crises physiques, par une transition le plus souvent graduelle, par une inégalité de durée entre les deux états différents, dont l'un juge l'autre. Dans la folie à double forme, nous voyons au contraire le passage

d'une période à l'autre se faire sans crise aucune, sans cause connue, le plus souvent brusquement et toujours avec la plus grande régularité. S'agit-il d'accès à longues périodes, on ne croira pas à une simple transformation d'un état mental en un autre, si l'on remarque que le second état égale ou quelquefois dépasse en durée le premier. Quant aux accès continus à plus ou moins longues périodes, leur réapparition régulière écartera toute idée de transformation pour faire admettre une maladie unique.

Enfin il est cependant quelques symptômes que nous pouvons regarder sinon comme caractéristiques, du moins comme très-fréquents dans la folie à double forme; ils sont donc d'une certaine utilité pour établir le diagnostic, et peuvent permettre de prévoir la seconde période d'un accès d'après l'aspect et la marche de la première. Ces symptômes sont surtout ceux de la période d'excitation, et entre autres, les impulsions instinctives, la tendance à la calomnie, la méchanceté, la prodigalité, la voracité, la kleptomanie, la dipsomanie, et l'excitation génitale. Généralement, quand ces phénomènes existent avec une certaine intensité, on doit pressentir la période de dépression, laquelle se caractérise surtout par une tendance au suicide; bien plus, on peut, par la durée et l'intensité de la première, établir celle de la seconde et en prévoir presque le cortége symptomatique. Si, d'un autre côté, la transition, qu'il est assez difficile de prévoir lors d'un premier accès, survient brusquement et pendant le sommeil, on a encore un élément de plus pour reconnaître la seconde phase de la folie à double forme, et par suite la maladie elle-même.

Ce que nous venons d'indiquer pour un premier accès ne souffre plus la même difficulté pour un deuxième, un troisième; il suffit alors de remonter aux antécédents et de tenir toujours grand compte de la marche régulière de la maladie.

Nous dirons aussi quelques mots du diagnostic différentiel de la folie à double forme d'avec la paralysie générale. Si un malade,

ayant d'abord des idées de grandeur, des projets ambitieux, une animation exagérée, présente, quelque temps après, une dépression plus ou moins profonde qui contraste avec son premier état, le médecin devra avoir soin de s'enquérir s'il n'y a pas chez lui quelques symptômes de paralysie au début, tels qu'une légère hésitation de la parole avec embarras de la langue, l'inégalité des pupilles, de la faiblesse dans les membres. Il faut encore que ces symptômes aient une certaine durée, se repètent assez fréquemment, pour qu'on puisse se prononcer sur la paralysie générale au début; car il peut très-bien arriver que dans le cours de la folie à double forme, quelques-uns de ceux-ci se montrent rapidement, comme sous l'influence d'accès congestifs, puis disparaissent sans laisser de trace, ce qui n'a plus lieu pour la paralysie générale. On comprend donc combien il faut être attentif sur le diagnostic de ces deux affections, qui en somme ne présentent pas le même degré de curabilité.

PRONOSTIC.

Le *pronostic* à porter sur la folie à double forme est très-grave d'une manière générale; tous les auteurs s'accordent à le reconnaître. Si le contraire se trouve exposé par certains d'entre eux, J. Dubuisson, par exemple, c'est qu'ils ont eu en vue la transformation de la manie en mélancolie ou réciproquement. Ainsi ce dernier dit dans son ouvrage (p. 140) : « Lorsque la mélancolie est convertie en manie, la maladie est susceptible d'une heureuse terminaison; cet état d'excitation des fonctions cérébrales devient alors une circonstance favorable pour amener la guérison. »

Anceaume, dans sa thèse sur la mélancolie (p. 152), dit « que cette maladie, si fâcheuse par elle-même dans un grand nombre de cas, le devient bien davantage lorsqu'elle se trouve réunie à quelque autre affection; alors ses suites sont d'autant plus malheureuses que la maladie à laquelle elle se trouve jointe est elle-même plus grave. »

Bien que cette phrase soit très-générale, on peut certainement l'appliquer ici à la folie à double forme.

M. Falret a parfaitement établi dans ses Leçons (p. 250) toute la gravité du pronostic, en disant : « Chose remarquable, ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont plus curables que les autres, présentent la gravité la plus grande lorsqu'elles se trouvent réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection ; jamais nous n'avons observé de guérison complète ni même d'amélioration durable. » Or tout cela peut aussi bien s'appliquer à notre folie à double forme. Et dans son mémoire (1) le même auteur dit aussi « qu'on ne peut guère espérer que des améliorations dans le degré d'intensité des accès, et une prolongation de durée des intervalles lucides, d'ordinaire si courts. »

La gravité du pronostic est encore augmentée par l'hérédité, le jeune âge du sujet, la longueur des périodes et des accès, ainsi que par le peu d'intensité ou de durée des intermittences, surtout quand les accès finissent par devenir continus. Si le cercle morbide est bien établi, l'incurabilité est certaine ; enfin on conçoit que le passage de la maladie du premier au second degré soit d'un pronostic très-fâcheux.

Mais le point le plus important relativement au pronostic, tant pour le malade que pour sa famille et la société, c'est la période de transition, à propos de laquelle il faut être très-réservé, surtout quand elle n'a lieu que graduellement ; et enfin, c'est encore l'intervalle lucide qu'il faut savoir apprécier à sa juste valeur. Tout cela est d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de rendre la liberté à un malade. Et on conçoit quelle responsabilité pèse sur le médecin qui se prononce en faveur de la sortie. Aussi que d'erreurs ont dû être commises! M. Baillarger avoue sincèrement avoir été deux fois dans

(1) *Bulletin Acad. de Médecine*, p. 398.

ce cas, avant que son attention ait été portée sur ce point ; deux fois il a renvoyé ses malades lors de la première période, et on les lui a renvoyées lors de la seconde. Mais nous touchons ici à une question médico-légale assez intéressante pour en faire le sujet d'un chapitre spécial.

ÉTIOLOGIE.

La folie à double forme est-elle fréquente ? « A en juger par le peu d'attention accordée jusqu'ici aux faits de ce genre, et même par le nombre de ceux de ce genre qu'on trouve dans les asiles, dit M. Falret (1), elle ne serait pas fréquente, mais il y a plusieurs causes qui empêchent d'apprécier exactement son degré de fréquence. » On conçoit qu'en effet un grand nombre d'aliénés, atteints au premier degré, et demeurant dans leur famille, ne soient pas considérés comme tels ; mais laissons parler l'auteur ci-nommé : « En effet on ne suit pas avec assez de soin, en général, la marche des maladies mentales; le plus souvent on se contente d'observer un malade dans un moment donné, et non dans le cours de toute son affection ; il en résulte que, dans cette direction de l'observation, on fait figurer les malades tantôt parmi les maniaques, tantôt parmi les mélancoliques, selon le moment où on les observe. D'autre part, il est rare que le médecin se trouve placé dans des conditions assez favorables pour pouvoir suivre le même malade pendant de longues années ; de plus, comme cette forme de maladie mentale, dans les deux périodes qui la constituent, ne présente pas ordinairement le degré d'intensité de la manie et de l'aliénation partielle proprement dites, il s'ensuit naturellement que les malades de ce genre restent dans la société. Nous en avons l'assurance par l'observation directe ; car nous avons été consultés pour quelques malades qui, depuis long-

(1) *Bulletin*, loc. cit., p. 396.

temps, sont atteints de cette forme de maladie mentale, et qui n'ont jamais éveillé la sollicitude de leurs parents assez profondément pour qu'ils aient eu le dessein arrêté de les isoler dans des établissements spéciaux. Nous en avons encore de plus fréquentes preuves en interrogeant les parents de nos malades sur les antécédents de leur affection et sur les dispositions des ascendants ; nous avons pu alors démêler, malgré les locutions variées qu'ils employaient pour masquer un pareil état, que souvent les ascendants avaient présenté cette forme de maladie mentale. Les parents, en effet, sont habitués à se faire illusion sur la question d'hérédité, et la forme circulaire de la folie favorise beaucoup leur erreur à cet égard. La période de dépression n'est pour eux qu'un état de langueur de l'âme, un découragement, un affaissement, qu'ils attribuent avec complaisance aux motifs les plus légers. D'ailleurs les parents trouvent toute facilité pour dissimuler aux yeux de tous l'état de leur malade ; car les personnes de leurs relations ne sauraient y découvrir un état de folie. En outre, l'aliéné reste alors isolé chez lui, parle rarement, ne se livre à aucun acte, et par conséquent ne donne, aux yeux du public, aucun témoignage de maladie mentale.

« Dans la période d'excitation, nouvelles causes d'illusions pour les parents et leurs relations habituelles. Les malades ne sont généralement qu'excités, comme on l'est souvent dans certaine période de l'ivresse, du moins dans un grand nombre de cas ; et alors on s'écrie qu'ils sont dans leurs moments de gaieté ; les parents s'extasient même sur la vivacité, sur les ressources de leur esprit, et le monde fait écho à leur manière d'interpréter cette situation mentale. Présentent-ils des altérations de sentiments et se livrent-ils à des actes désordonnés ou malfaisants, on dit qu'ils ont un mauvais caractère, qu'ils sont bizarres, remuants, difficiles à vivre ; mais ce n'est que par moments, et sans y persister, qu'on qualifie de folie un pareil état.

« Les considérations que nous venons de présenter sur les renseignements fournis par les parents, en même temps que notre expé-

rience directe, nous font penser que la folie circulaire est très-*héréditaire ;* toutefois nous ne pouvons pas affirmer avec certitude qu'elle le soit davantage que d'autres maladies mentales, quoique nous inclinions à le penser. »

Nous avons cru utile de citer ces lignes qui montrent combien est difficile l'étude étiologique de la folie à double forme. Nous sommes porté à croire que cette maladie est très-fréquente, sans toutefois donner aucun chiffre, ce qui nous paraît impossible et trop incertain. Quant à son degré d'hérédité, nous dirons ici, avec M. Baillarger lui-même, et aussi avec M. Falret, que la folie à double forme est de toutes les variétés d'aliénation mentale la plus héréditaire, soit que les malades aient parmi leurs proches des personnes atteintes elles-mêmes d'une vésanie semblable, soit aussi que celles-ci aient présenté quelque autre affection mentale. Ainsi M. Marcé parle, bien qu'à un autre point de vue, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1857 (p. 230), d'un malade atteint de folie à double forme, comptant dans sa famille une mère, une sœur et une tante, mortes aliénées, sans que le genre de folie soit spécifié, une autre sœur atteinte de mélancolie, et deux filles ayant eu une manie hystérique. Quant à la différence de sexe et d'âge, la folie à double forme paraîtrait plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la jeunesse que dans l'âge avancé, ainsi qu'on le voit par nos observations. Toutefois nous n'émettons la première assertion que d'après MM. Falret et Voisin, et encore avec une certaine restriction. relative au lieu où chacun peut observer. Quant aux causes occasionnelles de la folie à double forme, elles sont les mêmes que celles des différents genres de folie, surtout la manie et la mélancolie; aussi nous ne ferons que les énumérer : ce sont les émotions morales, les excès de tous genres, vénériens, alcooliques; les troubles dans la menstruation, la fatigue, les chutes et les coups sur la tête, les fièvres compliquées d'accidents cérébraux, etc. Nous citerons, en passant, la syphilis comme s'étant montrée avec la folie à double forme. L'auteur qui rapporte le fait que nous avons décrit plus loin

(obs. 6) croit que l'aliénation mentale est devenue, en ce cas, l'expression de la syphilis constitutionnelle, que le mercure, dit-il, n'a pas eu la puissance d'atteindre à sa racine.

Nous laissons à cet auteur toute la responsabilité de son assertion, qui, pour nous, nous paraît un peu exagérée ; et nous croyons qu'en somme on ne peut accorder à la syphilis une influence trop grande sur la folie, et en particulier sur la variété mentale qui nous occupe.

MÉDECINE LÉGALE.

La folie à double forme, comme nous l'avons dit dès le commencement de ce travail, est très-importante à connaître sous le point de vue médico-légal. « Si les malades atteints de cette forme de folie, qui restent dans leur famille et dans la société, dit M. Falret (1), se livrent à des actes malfaisants, justiciables des tribunaux, le médecin qui connaîtra les caractères et la marche de cette affection trouvera dans cette connaissance un appui bien précieux pour éclairer les magistrats. Quelle que soit la période à laquelle il sera appelé, il pourra dérouler devant les juges toutes les phases de la maladie, et la certitude de ce qu'il avance pourra être vérifiée par tous, surtout dans la forme circulaire à courtes périodes. Si le médecin expert est appelé pendant l'intervalle lucide, la connaissance qu'il aura de la marche de la folie circulaire lui fera répondre d'une manière certaine que la maladie va se présenter de nouveau avec ses deux phases, et l'événement justifiera son pronostic..... Le médecin expert pourra ainsi fournir toutes les lumières pour rendre bonne justice, soit qu'il s'agisse d'une séquestration prétendue illégale, soit qu'il ait à prononcer sur la valeur d'un testament, sur la nécessité d'une interdiction, ou sur un acte qui serait criminel, s'il n'avait pour excuse l'aliénation mentale. »

Examinons, en effet, quelques-uns des symptômes de la folie à

(1) *Bulletin Acad. de Médecine*, p. 400.

double forme dans l'une ou l'autre des deux périodes, et voyons combien il importe au médecin de les faire connaître, pour l'honneur des familles, la conservation de leurs intérêts, et pour la sécurité de la société. Comment qualifier les dépenses exagérées, les achats, les transactions sans nombre, que font beaucoup de malades dans la période d'excitation ?

N'est-ce pas là un acte de folie qui, si la loi n'intervient, peut ruiner toute une famille ? Ne doit-on pas se hâter d'interdire de tels individus, chez qui le discernement moral fait déjà défaut ; ou du moins ne doit-on pas réclamer leur séquestration ? Malheureusement les parents se font illusion, ne voient les choses que trop tard, et ne réclament l'aide des tribunaux que quand la ruine apparaît. Combien d'infortunes ont lieu dans ces conditions ! Aussi il appartient au médecin aliéniste de prémunir les familles, de les inviter à de sages et promptes mesures, en leur peignant vivement les conséquences de leur négligence. Puissent alors ses conseils être suivis, et éviter bien des regrets ! Ce sera toujours pour lui une satisfaction d'avoir fait son devoir consciencieusement.

Un autre symptôme qui caractérise la période d'excitation, c'est la tendance à voler. Ici encore le médecin aliéniste pourra sauver l'honneur d'une famille, en établissant la non-responsabilité de l'aliéné ; et, d'un autre côté, il sauvegardera la société contre les actes de ces sortes de malades, en demandant leur séquestration. Enfin, si l'aliéné vient à commettre un homicide, comme nous en citons un exemple chez une jeune femme (obs. 4), c'est encore au médecin à relier entre eux les divers symptômes d'après la marche de la maladie, et à exposer devant les magistrats les conséquences où ils peuvent entraîner.

Mais il est un point plus intéressant, selon nous, dans la folie à double forme : c'est la question des intermittences et des transitions d'une période à l'autre. Quand la transition se fait brusquement, il arrive que les malades se livrent à des actes de fureur, qu'ils deviennent dangereux pour tous ceux qui les entourent ; il faut donc alors, par l'étude de la marche de la maladie,

se mettre en garde contre eux, et réclamer plus que jamais la séquestration ou un redoublement de précautions.

C'est en effet pendant le passage de la mélancolie à la manie, que la malade dont nous parlons plus haut a tué sa jeune nièce (obs. 4); car, bientôt après, les signes de l'exaltation n'ont pas tardé à se manifester. Certes sa famille eût pu éviter un tel malheur en la faisant enfermer plus tôt dans un asile; comme, du reste, le conseil paraît en avoir été donné.

Que les périodes soient longues, que le passage de l'une à l'autre se fasse lentement, ici encore il peut survenir de nouvelles sources d'événements fâcheux; car, comme le dit M. Baillarger (1), «il arrive un moment où une sorte d'équilibre s'établit, et le malade, qui ne donne plus de signe de délire, paraît entrer en convalescence. Lorsqu'il s'agit d'un premier accès, il pourra alors arriver qu'on croie à la guérison. J'ai commis deux fois cette erreur. A peine les malades, qui me paraissaient convalescentes, étaient-elles sorties de l'hospice, qu'on observait chez elles des symptômes d'excitation; bientôt on les ramenait en proie à l'agitation maniaque la plus vive. C'était la seconde période de l'accès que je n'avais pas su prévoir.» On comprend donc combien il est utile et même nécessaire d'être attentif sur la marche de la maladie et sur le pronostic à porter; et combien le médecin d'asile doit peser la sortie des malades. Si on se reporte à ce que nous avons dit sur la période de transition, où nous avons établi qu'il n'y a pas de lucidité complète, on aura quelques chances d'éviter l'erreur. Ainsi M. Baillarger regrette de ne pas avoir assez connu les antécédents d'une de ses malades, qu'il a laissée sortir de la Salpêtrière, la croyant guérie, car elle conservait encore une légère tendance à l'isolement et un peu de taciturnité qui, comme il l'a su depuis, ne lui était pas naturelle; ce qui ne l'empêchait pas de paraître en tout raisonnable.

---

(1) *Bulletin*, p. 347.

Quant aux intermittences véritables et complètes qui suivent chaque accès et qui durent plus ou moins longtemps, l'erreur est encore plus importante à éviter ; et ici le rôle du médecin aliéniste est très-complexe et très-difficile, car il doit satisfaire aux exigences des familles, qui réclament souvent trop tôt la liberté de leurs parents, et se soumettre à l'autorité judiciaire qui, généralement, n'admet pas d'intermittence et statue d'office sur l'opportunité de la sortie. « C'est en effet pendant la période d'intermittence que les malades, lorsqu'ils sont en liberté, commettent des actes qui les rendent passibles des tribunaux. Quelle n'est pas alors la difficulté de faire comprendre et admettre aux magistrats les circonstances qui peuvent militer en faveur de la non-responsabilité (1)! » Nous croyons que dans ces cas épineux il est du devoir du médecin d'admettre des doutes sur la guérison radicale du malade qu'il met en liberté, et de prévenir en termes bien nets sa famille et l'autorité compétente contre les récidives si fréquentes de la folie à double forme.

M. Lunier a rapporté, dans les *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses,* un cas curieux de folie à double forme, et très-embarrassant sous le point de vue médico-légal (obs. 8). Il s'agit précisément d'un homme qui, entré plusieurs fois à l'asile, en sortait guéri au bout de peu de temps; mais aussitôt il retombait malade au dehors, et commettait toutes espèces d'actes qui nécessitaient sa réintégration à l'asile. Bien plus, ses accès d'agitation étaient quelquefois si courts qu'ils disparaissaient entièrement aussitôt qu'il était entré à l'asile. On conçoit que le médecin ait été embarrassé au début, et qu'il lui ait fallu une grande sagacité pour faire concorder les données de la science avec les exigences de la loi.

Nous ne voulons pas entrer dans d'autres considérations médico-légales sur la folie à double forme, car nous craindrions alors d'être entraînés trop loin et d'entrer sur le terrain de la manie et de la

(1) Morel, *Traité d'aliénation mentale*, p. 478; 1860.

mélancolie, ce que l'étendue de ce travail ne nous permet pas. Qu'il nous suffise d'avoir signalé les rapports de la médecine légale avec la folie à double forme, d'avoir montré les écueils et indiqué sinon les moyens certains de les éviter, du moins le rôle que le médecin doit tenir, selon nous, en pareille circonstance. C'est là que nous bornerons notre modeste tâche, laissant à d'autres le soin de faire entendre leur voix avec plus d'autorité.

TRAITEMENT.

Le traitement de la folie à double forme est bien inefficace jusqu'à présent; aussi on ne cite que quelques rares exemples de guérison. En présence de la gravité du pronostic, nous concevons, jusqu'à un certain point, qu'on ait échoué après de nombreuses tentatives.

La folie à double forme étant si bien constituée par deux périodes bien nettes, il est facile de comprendre que chaque observateur ait employé de nombreux moyens, propres soit à la manie, soit à la mélancolie, suivant la période qu'il voulait combattre; aussi, dans la plupart des cas, c'est à peu près la seule marche à suivre; en un mot, combattre les symptômes.

Mais il y a un point qui a attiré l'attention générale, c'est la régularité dans le retour des accès. Chacun alors a été porté à employer l'antipériodique par excellence, le quinquina et ses préparations. De nombreux essais ont été faits, afin de prévenir l'une ou l'autre des deux périodes, et de réduire la maladie à une folie maniaque ou mélancolique, qui alors devient plus susceptible d'amélioration. On cite très-peu de succès. En général, ils n'ont eu lieu que pour les accès à très-courtes périodes, ainsi que M. Dagonet a pu le vérifier plusieurs fois. Nous trouvons dans les *Annales médico-psychologiques de* 1856 (1) un fait de ce genre, qui appartient à M. le Dr Stein-

(1) *Revue des journaux allemands*, par M. Renaudin, p. 379; 1856.

thal, médecin de Berlin : « Un homme fort bien constitué était, par suite de piétisme, arrivé à une manie religieuse qui, dans une période de six semaines, passa par diverses formes : fureur, stupidité, démence, lucidité. Pendant plusieurs mois, ces divers phénomènes se reproduisirent et se succédèrent avec une régularité telle, qu'on pouvait préciser l'instant de leur apparition. L'écorce de quinquina fut administrée avec persévérance, la guérison a été obtenue et ne s'est pas démentie depuis douze ans. » Malheureusement nous manquons de détails sur le mode d'emploi du médicament.

En tout cas, on doit donner le sulfate de quinine lors de la période de transition pour les accès continus, ou bien lors de l'intermittence, quand les accès sont séparés entre eux par un léger intervalle lucide. Le sel de quinine sera alors donné graduellement, en débutant par 0,30 à 0,40 centigrammes, pour arriver rapidement à la dose de 2 grammes par jour, laquelle paraît, jusqu'à présent, avoir amené les meilleurs résultats. Peut-être est-ce pour en avoir employé une dose trop minime que M. Brierre de Boismont a échoué dans ses tentatives sur le malade qui a fait le sujet de notre observation 16. En effet, voici ce qu'il dit : « En présence de cette régularité, nous eûmes l'idée de lui faire prendre du sulfate de quinine, quelques heures avant la période de dépression (transition). Le malade prit pendant plusieurs jours de suite et à diverses reprises de 0,05 à 0,10 centigrammes de sulfate de quinine. Les seuls changements que nous observâmes furent un retard dans les accès, une période d'excitation un peu plus longue, des modifications dans l'époque d'apparition de la période d'abattement, mais néanmoins la même forme, seulement variable en durée et en intensité. » On peut très-bien se demander si, dans ce cas, le sel de quinine n'aurait pas eu un résultat plus complet en augmentant de beaucoup la dose.

C'est ce qui est arrivé pour le cas que rapporte M. le Dr Legrand du Saulle (obs. 13); il s'agit encore d'accès à courtes périodes, mais cette fois avec intermittence. C'est une dame qui tombe mélancolique, devient en quelques jours maniaque, et a une intermittence

de onze jours ; puis nouvel accès de folie à double forme (mélancolie, six jours ; manie, huit jours). C'est alors, pendant l'intermittence qui suit ce second accès, qu'on songe à employer le sulfate de quinine, après avoir inutilement mis en usage les bains, les affusions, les opiacés. D'abord donné à la dose de 0,20 centigrammes par jour, le sel de quinine est pris bientôt à celle de 2 grammes progressivement, et cela dans l'espace d'un mois. Une amélioration remarquable s'ensuit : « L'époque redoutée pour l'invasion de la mélancolie, dit l'auteur, arrive ; Mme M..... est seulement un peu plus triste que les jours précédents, mais ne déraisonne nullement et n'a plus d'hallucinations ; elle se plaint seulement de douleurs céphalalgiques pendant quatre ou cinq jours, qu'il est permis d'attribuer en partie à l'agent antipériodique. A la mélancolie, devait succéder la période d'excitation ; mais, cette fois encore, le mal est conjuré. Il y a bien encore un peu d'animation dans le regard, et la malade a bien adressé quelques mots blessants à une personne qu'elle entourait habituellement de sa plus haute estime ; mais ce nuage disparaît bientôt et va se perdre dans le souvenir déjà éloigné d'un état maladif qui n'est plus ; enfin la malade guérit. » Nous avons voulu rapporter tout au long le résultat de ce traitement, en raison même de la rareté du fait et des détails bien nets et précieux que l'auteur donne.

Nous regrettons de n'avoir pas vu employer ce médicament dans les quelques cas, malheureusement incomplets, que nous avons été déjà en mesure d'observer. A défaut de notre expérience personnelle, nous ne pouvons que conseiller ce moyen. Il est bien entendu que pour les accès à longues périodes ce traitement échouera la plupart du temps. M. Brierre de Boismont parle lui-même d'une dame malade depuis dix ans, chez laquelle il n'a pas réussi, bien qu'il ait employé le quinquina dès le début des accès à dose considérable.

Le même médecin a employé aussi, chez le malade cité plus haut, le haschisch, tantôt lors de la période de dépression, tantôt au dé-

but de l'excitation ; toujours il a échoué. Dans le premier cas, la période d'abattement dura à peine deux jours au lieu de trois ; dans l'autre, l'excitation cessa subitement et fit place à la tristesse qui, cette fois, dura quatre jours ; enfin l'expérience s'arrêta là après avoir présenté quelque gravité.

D'autres moyens plus ou moins rationnels ont encore été employés. Nous trouvons dans le *Traité d'aliénation mentale* de Guislain (1) ces quelques mots : « Au rapport d'Engelhart, Smaltz a guéri par le stramonium une demoiselle alternativement atteinte de manie et de mélancolie. » Nous ne couclurons rien de ce fait trop concis, que nous rapportons ici pour être le plus complet possible.

Mais nous devons rappeler le résultat que M. Baillarger a obtenu chez une malade, bien qu'il soit incomplet, à l'aide de saignées fréquemment répétées : « Après avoir combattu trois ans sans succès, dit-il (2), par des médicaments variés les accès de l'une des malades, je pratiquais chaque mois une saignée, au milieu de l'intervalle des époques menstruelles ; ce traitement a continué pendant huit mois, a eu un résultat heureux, mais incomplet. La seconde période, celle d'excitation, a été supprimée ; elle n'a plus reparu depuis deux ans. La maladie est maintenant réduite à la seule période mélancolique qui continue à se reproduire comme par accès périodiques. » Nous signalerons encore l'hydrothérapie comme pouvant amener un grand trouble dans la marche des accès et opérer parfois une diversion salutaire.

Quand ces quelques modes de traitement échouent, ce qui malheureusement arrive trop fréquemment, il ne reste plus qu'à traiter les symptômes. Nous ne pouvons ici entrer dans de longs détails sur ce sujet, renvoyant aux traités spéciaux ; nous ne ferons seule-

(1) Gand, t. I, p. 345 ; 1826.

(2) *Bulletin*, p. 351.

ment qu'énumérer rapidement les moyens les plus usités, et c'est par là que nous terminerons la première partie de ce travail.

Ce sont, pour la manie, les bains prolongés, les affusions, les douches, les boissons acides, les opiacés à haute dose, les antiphlogistiques, et, pour la mélancolie, les excitants (bains sulfureux, révulsifs, cautères), les toniques.

Dans tous les cas, on devra surveiller attentivement l'alimentation des malades, insister beaucoup sur ce point; l'on forcera même à manger; on entretiendra la liberté du ventre par des laxatifs, des purgatifs, etc. S'il y a suspension d'écoulements morbides ou physiologiques, on fera en sorte de les rétablir, mais cependant avec les plus grandes précautions, surtout quand il s'agira de la menstruation.

Enfin le traitement moral, comme on dit habituellement, devra être employé avec le plus grand discernement. Nous conseillons surtout d'employer le moins possible les moyens de répression, et de donner aux malades une certaine liberté sagement entendue, sans que toutefois cela puisse nuire soit à eux, soit aux personnes qui les entourent.

SECONDE PARTIE.

Observations.

Les observations de *folie à double forme* que nous allons passer en revue sont loin d'avoir été toutes publiées sous ce titre; la plupart, en effet, sont extraites d'auteurs ou de recueils antérieurs à l'année 1854. Nous les divisons toutes en cinq groupes ou cinq catégories, comme nous l'avons admis en parlant de la marche de la maladie (voir page 44).

Première catégorie. — *Accès isolés.*

OBSERVATION Ire.

Mme de S....., d'une forte constitution, a longtemps habité dans l'Inde. Mariée à 20 ans, elle accoucha à 21 ans; six jours après l'accouchement, le feu prit à son lit; elle s'effraya, poussa un grand cri; le lait et les lochies se supprimèrent; un quart d'heure après, manie et fureur pendant trois mois, suivies de mélancolie pendant deux mois. On pratiqua, au début de la maladie, plusieurs saignées du pied; des bains frais furent administrés. Elle était alors à l'Ile de France.

A l'âge de 29 ans, Mme de S..... eut un second accès, provoqué par le chagrin que lui causa la prise de Batavia, où son mari était en garnison; la manie furieuse éclata subitement, persista pendant deux mois, et fut suivie, comme dans l'accès précédent, de mélancolie; la durée de l'accès fut de quatre mois.

A 35 ans, nouvel accès, causé par l'inquiétude d'une traversée pénible et par le désespoir de l'emprisonnement de son mari. L'accès a été moins violent, et n'a duré que trois mois, y compris la période de mélancolie.

A 39 ans, novembre 1815, quatrième accès, causé par le déplacement du mari

et par la mort d'une amie intime. L'accès éclata le 3 novembre, et la malade fut confiée à mes soins le 4; la manie persista pendant deux mois et fut suivie de mélancolie; la période mélancolique fut plus prolongée que dans les accès antérieurs.

A 40 ans, Mme de S..... part avec son mari pour le Sénégal; elle éprouve toutes les horreurs du naufrage de *la Méduse*, naufrage si malheureusement fameux; elle ne perd point la raison. L'année suivante, cinquième accès en tout semblable aux précédents. Elle arrive en France avec de la tristesse, de l'accablement et des tiraillements d'estomac; ces symptômes ne se dissipent qu'après quelques mois.

A 45 ans, sixième accès. Tous les divers accès ont présenté le même caractère: invasion subite provoquée par quelque affection morale; période maniaque de deux à trois mois remplacée par la période mélancolique, qui, d'abord, n'avait que deux à trois mois de durée, et qui a persisté beaucoup plus longtemps dans les deux derniers accès. Pendant la période maniaque, Mme de S..... prend en aversion son mari et sa fille, qui sont les objets de sa plus tendre affection lorsqu'elle est en santé. Pendant la période mélancolique, il semble à la malade que sa tête est vide, elle se croit incapable de penser et d'agir; pendant l'accès, elle maigrit beaucoup, et dès que la maigreur est extrême, la cessation de l'accès ne se fait pas attendre. (Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 172.)

Cette observation peut, pour ainsi dire, servir de transition aux faits de la catégorie suivante.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Accès plus ou moins fréquents, de plus ou moins longue durée, et à intermittence très-irrégulière.*

OBSERVATION II.

Accès irréguliers de folie à double forme, période d'excitation caractérisée par une activité exagérée et déplacée, des idées de grandeur; période de dépression toujours plus longue.

Mme R....., âgée de 46 ans, née à Orléans, est une femme d'une taille moyenne, d'un tempérament nerveux, un peu maigre, au teint jaunâtre et terne, née d'un père presque imbécile. D'une impressionnabilité très-grande, d'un caractère

volontaire, elle a eu des attaques d'hystérie à l'âge de 14 ans, lors de l'établissement de la menstruation, qui a toujours été peu abondante, mais régulière. Après le mariage de la malade, qui avait alors 25 ans, ces crises hystériques diminuèrent de fréquence, et cessèrent complétement après une deuxième grossesse. Mme R..... a eu en tout sept couches, dont la dernière il y a sept ans, et toutes heureuses, mais il ne lui reste plus que trois enfants vivants. En 1841, étant enceinte de trois mois, elle perd son fils aîné, après lui avoir prodigué des soins et s'être fatiguée à le veiller; elle en conçoit un vif chagrin et tombe dans la mélancolie; elle devient triste, dégoûtée de la vie, tout en ayant conscience de son état et de son impuissance morale. Après ses couches, faites sans accident, elle reprend son genre de vie régulière, s'occupe de ses affaires, et se rend utile dans son intérieur pendant six mois; alors, à la suite d'une cause insignifiante, elle retombe dans le même état de tristesse, qui dure sept mois, au bout desquels survient une grande surexcitation, caractérisée par une activité incessante, un besoin de parler de tout le monde et de toutes choses (c'était alors en 1848). Elle lisait les journaux, faisait de la politique, compromettait même son mari par des propos inconséquents, achetait, vendait sans nécessité et sans calcul, en un mot, gaspillait sa fortune. Pendant cette période, qui dura quatre mois, elle a eu quelques accès hystériques avec perte de connaissance. L'excitation s'apaisant peu à peu, elle devient calme, régulière, et peu après inquiète et mélancolique; puis elle reste dans cet état pendant dix mois. Par une transition brusque, presque subite, elle passe de cette période dépressive à une gaieté toute opposée. C'est alors, en 1851, qu'elle entre à l'asile d'Orléans, où elle reste six mois. Peu après sa sortie, le calme est troublé encore. Son mari, occupé d'un petit commerce, s'absente pendant quelques jours sans l'avertir; elle s'imagine qu'il ne reviendra plus, devient sombre, inquiète, et reste ainsi dans la tristesse pendant dix-huit mois. Ce n'est qu'en décembre 1852, après avoir soigné son mari pendant quelques mois et l'avoir vu mourir, qu'elle passe de la tristesse à la gaieté et à l'agitation, se plaignant de sa famille, et surtout de sa fille aînée.

C'est alors, dans cet état de surexcitation, qu'elle entre à la Salpêtrière (service de M. Mitivié), le 22 février 1853. Dès son arrivée, la malade cherche à se placer au-dessus de ses compagnes, affecte avec elles des airs de grandeur, prenant sous sa protection tantôt celles-ci, tantôt celles-là, conseillant les unes et les autres, discutant avec tout le monde, parlant avec facilité, se plaignant de ses enfants, qu'elle méprise et renie comme n'étant pas de son sang; elle est, dit-elle, la fille d'un grand seigneur, lequel doit la faire riche un jour. Pendant cinq mois, elle reste le véritable fléau de la division, veut commander, emprunte à

ses compagnes de l'argent, du linge; elle dort très-peu, et malgré cela se porte bien, et n'a ni hallucinations ni aucun symptôme de paralysie. Au bout de cinq mois, l'excitation diminue graduellement, et le calme renaît et permet à la malade d'occuper une place à la lingerie de la maison, pendant quatre mois, jusqu'au moment de sa sortie (30 octobre 1853).

Elle retourne chez sa fille, où elle se maintient tranquille pendant quinze jours, après lesquels la mésintelligence s'établit entre elle et sa fille, et à la suite de dispute elle retombe dans l'abattement, ne se sent plus le courage de travailler, s'ennuie et refuse de manger, reste au lit des journées entières. On la ramène alors une seconde fois à la Salpêtrière (le 7 février 1854). Mme R..... est amaigrie, très-pâle, aime l'isolement et l'inactivité, paraît abattue et découragée, indifférente pour tout, excepté pour la situation dans laquelle elle se trouve, situation qu'elle comprend et qu'elle déplore, tant est grand son manque d'énergie et de volonté; ses réponses, faites d'une voix lente et faible, sont précises, brèves et raisonnables. Les fonctions digestives sont laborieuses, il y a de l'inappétence, la respiration est lente, le pouls faible et intermittent, avec bruit de souffle carotidien. A l'aide d'excitants, de toniques et de laxatifs, la malade sort peu à peu de sa tristesse, et se trouve presque revenue à son état normal trois mois après.

Cette observation intéressante, que nous regrettons de voir incomplète, mais que nous avons néanmoins rédigée avec soin, nous a été communiquée par M. Baillarger.

OBSERVATION III.

Plusieurs accès subits de lypémanie, avec prédominance d'idées religieuses. La folie à double forme survient et s'annonce par une période subite d'excitation, avec menaces et violences ; puis alternative de manie et de mélancolie, avec stupeur. Tendance à la démence.

M. Félix B....., âgé de 19 ans, demeurant à Paris, entre à Charenton le 28 janvier 1855. Doué d'une intelligence ordinaire, d'un caractère bon et affectueux, ce jeune homme, qui est né d'une mère aliénée, est sujet depuis quelques mois à des céphalalgies et à des épistaxis fréquentes, et se livre à l'onanisme depuis deux ou trois ans.

La maladie remonte à un mois; elle est caractérisée par une lypémanie, avec

prédominance d'idées religieuses. M. B..... est en proie à des soupçons, à de prétendues persécutions de la part de ses amis, de ses parents, surtout de son frère, qu'il a pris en haine. Il est d'une timidité excessive, d'une défiance extrême, a peur que ses aliments soient empoisonnés, et refuse de manger. Il est d'une dévotion exagérée, passe tout son temps à prier dans les églises, croit qu'on veut l'assassiner, a des terreurs imaginaires, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. A la suite de quelques bains, d'une saignée, de purgatifs, et de lotions froides sur la tête, cet état d'anxiété a un peu diminué, et depuis deux jours le malade paraît assez calme. Lors de son entrée, il est triste, abattu, répond lentement, mais exactement, aux questions qu'on lui adresse. Il est soumis pendant quelques jours à des bains prolongés, et reprend peu à peu des habitudes normales et régulières, reconnaît sa maladie, mais conserve toujours une certaine timidité.

Le 15 février, il retombe tout à coup, et sans cause connue, dans une profonde tristesse; il ne dort plus, est effrayé, rêve, pousse des cris et des gémissements, reste immobile toute la journée, la tête baissée, les yeux largement ouverts et exprimant l'hébétude, les bras pendants, ne parlant pas, s'isolant, refusant de travailler et de manger, parce qu'il conserve encore ses craintes d'empoisonnement. (Bains prolongés, révulsifs intestinaux, ventouses sèches le long du rachis.) Au bout de cinq jours, retour à l'état normal, gaieté, régularité des fonction organiques.

Le 5 mars, nouvelle période de mélancolie qui dure jusqu'au 14. Immobilité de tout le corps, mutisme, expression de terreur sur toute la physionomie, inquiétude, insomnie, refus non motivé d'aliments, cris plaintifs. Le traitement consiste en bains sulfureux, douches, affusions et révulsifs de toute espèce. Aussi, du 14 au 19, on remarque une amélioration notable chez M. B....., qui reprend sa physionomie tranquille et calme, et recouvre l'usage de la parole et des mouvements, et mange facilement.

Le 19 mars, accès d'agitation furieuse; le malade refuse tout à coup de manger, et, comme on insistait, il saisit la fourchette et le couteau qui sont devant lui, les brandit d'un air furieux en menaçant les infirmiers qui cherchaient à lui faire prendre quelque nourriture. Cette agitation, qui a une assez grande durée, est suivie d'une longue période de mélancolie. Tout le mois d'avril se passe dans la tristesse la plus complète, avec tous les symptômes décrits plus haut; souvent même apparaissent des signes violents de désespoir. Le jeune B..... dort peu, s'agite dans son lit, déchire ses vêtements, se frappe la tête contre les meubles, se roule par terre et pousse des gémissements.

Mai. Même état de dépression, physionomie sombre et concentrée, indiquant

la nature des préoccupations du malade, qui répond à peine et mange toujours avec beaucoup de difficulté. — Bains sulfureux et affusions alternativement.

Juin. La période d'excitation éclate subitement, elle est très-violente; B..... parle haut, avec loquacité, déclame, crie, gesticule, tient des propos incohérents; il court, saute, se roule par terre, attaque tout le monde, menace, injurie, crache au visage des gens; il est grossier et malpropre, salive beaucoup, bave, urine dans son pantalon, reste débraillé, les vêtements en désordre et déchirés; il mange très-mal et d'une façon dégoûtante; enfin il ne dort pas, et se livre à la masturbation dès qu'il n'a plus la camisole. Malgré les bains prolongés, les affusions froides, des saignées répétées tous les mois, et l'emploi des narcotiques, cette période de manie violente persiste, avec de courts instants de rémittence, pendant quatre mois. Ce n'est seulement qu'en décembre que le délire semble s'affaisser; M. B..... dort mieux, est plus calme, plus modéré dans son langage et réservé dans ses actes, mais il ne tarde pas à retomber dans une stupeur profonde, et redevient immobile, muet, hébété, comprenant à peine les questions qu'on lui adresse et ayant perdu la mémoire.

En janvier 1856, nouvelle agitation qui dure deux ou trois mois.

Enfin le malade est transféré à Bicêtre le 30 avril de la même année, conservant encore un peu d'irritation, avec un commencement de démence. (Observation recueillie par M. le Dr Linas, ancien interne, registre de 1855.)

OBSERVATION IV.

Mélancolie-suicide chez une jeune femme; accès de folie à double forme; homicide pendant la transition de la période de dépression à la période de manie, laquelle apparaît peu à peu durant l'emprisonnement de la malade; translation dans un asile; manie, mélancolie. Guérison.

Caroline X....., âgée de 28 ans, est entrée à l'hospice de Stephansfeld en février 1838. Par suite d'un changement survenu dans sa constitution, changement qui avait coïncidé avec quelques chagrins, elle montra, dès 1834, une humeur sombre et bizarre, rechercha la solitude, et se plaignit souvent d'un malaise général dont elle ne pouvait pas bien rendre compte.

Cette mélancolie, qui contrastait avec le caractère enjoué qu'elle avait toujours eu jusqu'alors, ne fit que s'aggraver. A cela se joignit une dysménorrhée. M. Renaudin, consulté, ne saisit aucun symptôme qui trahît d'une manière positive l'existence d'un trouble intellectuel. Cet état dura environ un an. Plus tard elle s'abandonna aux idées plus tristes, et donna, à plusieurs reprises, tant par

ses paroles que par ses actes, des signes non équivoques d'un dérangement des facultés intellectuelles. Elle fit plusieurs tentatives de suicide, et demandait qu'on l'enfermât; car, disait-elle, elle sentait qu'elle deviendrait folle. Sa famille, imbue de certains préjugés contre les asiles, la fit voyager; elle se rendit chez un de ses frères, qui était marié dans la banlieue, et, pendant quelque temps, on put croire qu'elle avait recouvré un peu de calme; mais ce n'était qu'une vaine illusion; car un jour, mue par une de ces impulsions soudaines et irrésistibles, dont depuis elle n'a jamais pu se rendre compte, elle fit périr une petite fille âgée de 2 ans. Profitant du moment où elle était seule avec cet enfant, elle lui trancha la tête avec un couteau de cuisine qu'elle trouva sous sa main. Aussitôt le crime commis, elle retomba dans un calme stupide, n'apporta aucune résistance à son arrestation et sembla même ne pas comprendre l'affliction de ses parents qu'elle venait de priver de leur enfant.

Pendant les premiers temps de son séjour en prison, elle fut assez calme, et refusa obstinément de répondre à tout interrogatoire, et la seule anomalie qu'on remarqua consistait dans l'activité vraiment extraordinaire qu'elle déployait dans son travail. Puis l'irritabilité devint excessive, et, pour la moindre contrariété, elle se livrait aux violences les plus grandes. Ses réponses, d'abord assez justes, devinrent incohérentes, et elle montrait une singulière répugnance à parler. Plus on avançait, plus on observait dans ses manières quelque chose d'insolite et de bizarre. Enfin la manie finit par éclater avec violence et motiva sa translation à l'asile de Stephansfeld. La période d'exaltation dura quatre mois et fut suivie d'une torpeur profonde. Sous cette forme nouvelle, la maladie fut caractérisée par un état congestionnaire, une céphalalgie intense, un assoupissement prolongé, l'irrégularité du flux menstruel qui pendant l'excitation avait été normal: inappétence, insuffisance des fonctions digestives, négligence de tous soins personnels, et enfin lenteur extrême dans la formation des idées, pouvant faire craindre l'imminence de la démence. On observait bien de temps en temps une excitation intérieure, mais elle était de courte durée. Cet état persista jusqu'à la fin de 1839, époque à laquelle elle parut sortir d'un long engourdissement et se réveiller à la vie de relation. Elle commença à manifester peu de goût pour le travail; l'irritabilité diminua, les idées devinrent moins confuses, la prostration fit place à un exercice régulier des forces; ses facultés intellectuelles se développèrent, mais les sentiments affectifs furent les derniers à reparaître. A partir de ce moment, la constitution se fortifia, la menstruation reprit son cours normal, et notre malade se fit remarquer alors par la régularité de son humeur et son zèle intelligent pour toutes les occupations qu'on lui confiait. La guérison était complète et elle ne s'est pas démentie depuis. (*Annales médico-psychol.*, 1858; *Revue des journaux allemands*, par M. le Dr Renaudin, p. 111 à 113.)

OBSERVATION V.

Folie à double forme durant depuis quarante-huit ans, délire ambitieux, léger embarras de la parole, congestions cérébrales. (Communiquée par M. Lunier à M. Baillarger.)

M. C....., célibataire, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, a été admis pour la première fois à l'asile de Blois, le 29 octobre 1852, à l'âge de 60 ans. Sœur suicidée. On apprend que le malade n'a jamais été bien raisonnable. A 15 ou 16 ans, on dut songer à l'interdire, mais il ne fut déclaré atteint d'aliénation mentale qu'à l'âge de 19 ou 20 ans. Depuis cette époque, M. C..... a eu tous les ans ou tous les deux ans des accès de folie plus ou moins violents, mais offrant à peu près constamment les mêmes caractères, à savoir : excitation maniaque survenant brusquement après plusieurs mois, rarement plus d'une année, suivie d'un état normal, ou du moins considéré comme tel. M. C..... quitte sa famille, fréquente les cabarets et les maisons de débauche, se montre hardi, provocateur, entreprenant ; il a des idées ambitieuses, de l'insomnie.

A cette excitation, qui dure de deux à six et même huit mois, suivant que M. C..... est laissé libre ou mis dans une maison de santé, succède une prostration mélancolique qui dure trois ou quatre mois ; puis enfin M. C..... revient à son état normal ; il est alors doux, timide, prévenant même.

Puis, après six ou sept mois, l'excitation reparaît ; et cela dure ainsi depuis quarante-huit ans, sans changement notable dans l'état du malade.

On trouve sur les registres de l'établissement les notes suivantes :

15 et 16 février 1853. Symptômes de congestion cérébrale, cédant aux saignées et aux révulsifs.

Mars. Incohérence des idées, penchant à la violence, agitation, rémittence, prédominance d'idées de grandeur et d'empoisonnement.

Juin. Tristesse.

Juillet. Sorti en ville, gaieté, bonne tenue ; M. C..... est considéré comme guéri et quitte l'asile le 24 octobre 1853.

Il est ramené à l'établissement le 24 juillet 1854.

Octobre 1854. Commencement de l'excitation maniaque, idées de grandeur, M. C..... a été commandant, il a assisté à plusieurs batailles, etc. (il n'a jamais servi) ; habituellement d'une avarice sordide, il prodigue son argent, fait mille emplettes futiles, commande à son tailleur des vêtements en grand nombre dont il n'a nul besoin ; loquacité, insomnie.

15 avril 1855. Après une amélioration de peu de durée, l'agitation reparaît plus violente que jamais, et se complique d'un amaigrissement rapide, affaissement des traits, peau terreuse, M. C..... ne reconnaît personne.

5 mai. M. C..... refuse de prendre des aliments, affaissement progressif, ne répond à aucune question, insomnie.

Le 12. Amélioration, M. C..... mange et commence à répondre, mais toujours avec incohérence, aux questions qu'on lui adresse ; léger embarras de la parole, un peu d'hésitation dans la marche, agitation extrême, cris incessants, M. C..... ne peut tenir en place.

Juin. Amélioration notable et progressive, taciturnité.

Les mois suivants, la tristesse disparaît lentement, et M. C..... revient progressivement à son état normal.

26 avril 1856. Congestion cérébrale légère qui disparaît sans laisser de traces.

26 septembre. M. C..... se plaint de maux de tête et d'étourdissements, les conjonctives sont injectées. — Sangsues au siége.

2 mai 1857. Accès de folie à double forme en tout semblable aux autres, quoique moins prolongé et moins violent.

Au mois de septembre, M. C..... est à peu près revenu à son état normal. (*Annales médico-psychol.*, 1858, p. 401.)

OBSERVATION VI.

Folie à double forme, consécutive à l'apparition d'accidents syphilitiques secondaires; mélancolie au début, puis manie ; formation d'abcès durant cette dernière période. Traitement antisyphilitique ; amélioration, sortie; nouvel accès l'année suivante.

M. A....., âgé de 41 ans, est un avocat, dans la famille duquel n'existe aucune prédisposition héréditaire. Ses facultés intellectuelles avaient acquis un remarquable développement, mais le jugement faisait souvent défaut. Doué d'une constitution assez forte, il s'était de bonne heure livré à de fréquents excès vénériens. Marié depuis quatorze ans, il avait eu cinq enfants bien portants. Avant son mariage, il avait eu quelques accidents primitifs qu'il avait toujours tenus secrets, et dont on n'apprit l'existence que par l'apparition de symptômes syphilitiques secondaires. On vit d'abord se modifier son caractère : A..... devint moins actif et moins expansif qu'antérieurement, il tomba peu à peu dans une mélancolie profonde. Admis à Horheim en janvier 1854, il se faisait remarquer, au premier abord, soit par des conceptions délirantes, soit par des lésions fonction-

nelles apparentes ; mais le symptôme prédominant consistait dans une profonde dépression, exclusive de toute spontanéité. Cette situation se modifia lentement et graduellement : le malade devint plus actif et sortit de son apathie ; mais cette activité, à son tour, dépassa l'état normal, et l'excitation était, au mois de mai, assez prononcée pour qu'on fût obligé de restreindre sa liberté. — Nitrate de soude, digitale ; bains d'affusion.

Bientôt il survint de l'insomnie, de l'incohérence dans les idées et dans les actes, et enfin une tendance aux violences, ce qui engagea à l'isoler dans une loge. Ce fut alors qu'on vit se développer, à la face antérieure de la jambe gauche, une inflammation phlegmoneuse provoquée par un choc contre une racine d'arbre ; elle mit assez de temps pour passer à la suppuration, et se termina par un abcès qui prit bientôt le caractère syphilitique. Les bords s'indurèrent, et le fond prit une mauvaise couleur. Embrocations chaudes et sublimé à l'intérieur : telle fut la prescription dans cette période de la maladie, du 14 juillet au 31 octobre, en y joignant toutefois l'iodure de potassium quand survint la salivation. Ce traitement eut des succès, et l'état mental s'améliora au fur et à mesure que les abcès se guérirent. Le malade put être rendu à sa famille le 14 janvier 1855. Pendant l'hiver et le printemps, sa situation commença à devenir satisfaisante ; mais, à la suite d'une certaine dépression, on le vit, vers la fin de l'été, s'agiter et devenir loquace, incohérent et bizarre. On le ramena à Hornheim, en décembre 1855, à la suite d'un scandale dont il avait été cause au théâtre. La situation était en tous points celle de l'année précédente, dans la période d'excitation ; il y avait de plus un fort catarrhe, causé par un refroidissement qu'il avait éprouvé au mois de septembre. Les mêmes moyens n'ont produit aucune amélioration ; car, après que l'excitation fut calmée, il est encore survenu une nouvelle période de dépression.

L'auteur, dit M. Renaudin, croit que l'aliénation mentale est devenue ici, en quelque sorte, l'expression de la syphilis constitutionnelle, que le mercure n'a pas eu la puissance d'atteindre à sa racine. (*Annales médico-psychol.*, 1859, p. 112; *Revue des journaux allemands*, par le Dr Renaudin ; analyse d'un travail des Drs Esmarck et Jessen.)

OBSERVATION VII.

Plusieurs accès de folie à double forme ; période d'excitation marquée par des dépenses exagérées, des voyages à Paris ; mélancolie avec tendance à l'isolement, aversion pour quelques membres de la famille, puis suicide.

M. D....., âgé de 54 ans, marié et père de cinq enfants, est un riche proprié-

taire de vignobles. Dès 1846, ayant alors 43 ans, il commença, sans cause appréciable, à devenir très-bizarre dans son caractère et ses habitudes : tantôt triste, maussade, grondeur, insouciant ; tantôt au contraire d'une gaieté très-grande, d'une activité surprenante, etc.

A partir du commencement de 1849, il eut ce que sa famille appelait *ses accès*, c'est-à-dire deux ou trois mois de tristesse, d'apathie et de dépression, et une durée à peu près égale d'activité, de loquacité...... Puis tous ces phénomènes s'amendaient : M. D..... rentrait dans l'état normal, s'occupait de ses affaires, de la direction de sa maison, de l'avenir de ses enfants.

En 1852, après trois mois d'une profonde dépression, M. D..... s'anima tout à coup, partit avec sa famille pour Paris, se livra à des dépenses un peu exagérées, se montra très-gai, voulant tout voir, tout visiter, courant les promenades, les concerts, les spectacles. Dans la nuit du quatre-vingt-cinquième au quatre-vingt-sixième jour, il se réveilla souffrant de la tête, triste et déprimé. Il quitta immédiatement Paris, et rentra chez lui après avoir dépensé 15,000 francs.

En 1854, l'une des périodes de dépression fut marquée par cette circonstance, qu'il ne voulut plus voir sa femme et quatre de ses enfants ; sa fille aînée seule était admise dans sa chambre et lui servait ses repas. M. D..... quittait à peine son lit, restait dans l'inaction, pleurant souvent, et exigeait que les volets de l'appartement fussent toujours fermés.

En 1855, nouveau voyage à Paris ; 10,000 francs de dépense en moins de trois mois, achats nombreux, activité surprenante, courses très-longues à pied.

En 1856, les périodes de dépression et d'excitation se prolongent davantage et prennent des caractères inquiétants. Pendant la phase de rémission complète, M. D..... s'occupe de ses affaires, regrette ses dépenses passées, donne des ordres, prescrit une sévère économie dans sa maison.

En 1857, au mois d'août, après deux mois et demi d'une mélancolie profonde, souvent traversée par des refus d'aliments, M. D..... descend à midi dans son jardin, armé d'un fusil de chasse, se place sur le bord d'une pièce d'eau, et se brûle la cervelle. Sa fille aînée, qui l'avait suivi, se jette dans le vivier et retire le cadavre sanglant de son père. (Observation communiquée par M. le Dr Legrand du Saulle.)

OBSERVATION VIII.

Folie à double forme intermittente, début à l'âge de 12 ans ; intermittences d'une durée très-inégale, pendant lesquelles le malade reprend ses occupations ; tendance, pendant la période d'excitation, aux excès alcooliques et vénériens.

M..... (Pierre), âgé aujourd'hui de 33 ans, est un homme d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. Je ne trouve rien de particulier comme prédisposition héréditaire.

D'une intelligence ordinaire, d'un caractère violent et emporté, peu laborieux, M..... paraît avoir été atteint d'aliénation mentale dès l'âge de 11 ans. Il en avait 17 quand il fut admis à l'asile, pour la première fois, le 14 mai 1844. Le médecin de la famille déclare, dans le certificat d'admission, que plusieurs fois déjà il a été appelé pour donner des soins à M....., qu'il dit être atteint, depuis l'âge de 11 ans, d'une aliénation mentale périodique, caractérisée, pendant les accès, par des actes de brutalité, d'extravagance, commis dans les cabarets et autres lieux publics. Ce caractère de périodicité est également mentionné dans un certificat en date du 1er juin 1844.

M...., sorti de l'établissement, le 20 juillet suivant, pour cause de guérison, y fut ramené le 30 décembre 1847. L'un de mes prédécesseurs le déclare atteint, à cette époque, d'une manie intermittente avec agitation et loquacité extrême. En février, convalescence. Au mois d'avril, M..... est redevenu ce qu'il était au moment de l'entrée. En juin, il est une fois encore considéré comme guéri, et quitte l'établissement.

Il entre à l'asile le 27 avril 1850. Dans le certificat d'admission, M. Billod le déclare atteint d'aliénation mentale, caractérisée par un délire général, avee prédominance d'idées tristes et tendance à l'agitation. Quinze jours plus tard, il est déjà beaucoup mieux. Au mois de juin, retour de l'exaltation et du délire. En août, amélioration, convalescence, guérison. M..... quitte l'asile le 22 septembre 1850.

Je ne connus M..... qu'en septembre 1855, lors de sa quatrième admission à l'asile. Depuis cette époque, il m'a constamment offert le retour, à des époques indéterminées, de crises plus ou moins violentes, mais caractérisées toutes par une période de mélancolie, suivie bientôt d'excitation maniaque.

Cette fois M..... avait été arrêté pour mauvais traitement envers ses parents, et la déclaration du médecin de la prison, qui vint attester l'existence chez cet homme d'une manie intermittente, put seule lui éviter quelques mois de prison.

M..... fut ramené à l'asile, où il ne resta guère que deux mois, et sans que nous ayons constaté chez lui des symptômes bien tranchés d'aliénation mentale.

Cet homme nous fut ramené en février 1858. Cette fois, renseigné plus complétement sur les antécédents de M...., je me tins sur mes gardes, et me hâtai beaucoup moins de le déclarer guéri, et cela, bien qu'à son entrée il n'offrît aucune trace d'aliénation mentale. C'est qu'en effet les accès de folie de M..... sont de courte durée, et que l'excitation maniaque, qui motive un arrêté d'admission qui n'est presque jamais mis à exécution que quelques semaines plus tard, a presque complétement disparu.

Les renseignements d'ailleurs que me donne la famille ne peuvent laisser aucun doute dans mon esprit. M..... n'est point arrêté et placé à l'asile chaque fois qu'il est atteint d'un accès de folie, on ne prend de décision à cet égard que lorsque les accès sont par trop violents. Les crises du reste ne sont pas trop rapprochées, une année entière se passe quelquefois sans que M..... offre rien de particulier; mais le plus souvent les accès reviennent tous les trois ou quatre mois; ils affectent d'ailleurs la même physionomie : ils sont caractérisés d'abord par de la tristesse, de la prostration, qui durent quinze ou vingt jours; puis commence l'excitation: la figure de M..... se colore, il court de côté et d'autre sans motif, nous entretient longuement, avec animation, de sa position, de ses projets, demande sa sortie avec instance, veut qu'on lui donne de l'argent pour acheter du tabac et du vin, se plaint de l'alimentation; c'est toujours dans ces moments qu'il cherche à s'évader.

En dehors de l'asile, les crises de M..... sont en tout semblables, à part peut-être une plus grande agitation pendant la seconde phase de l'accès. M..... en effet court les femmes et les cabarets, se livre à des excès de toutes sortes, et il devient alors violent et dangereux.

Au mois de juillet 1860, je me décide à renvoyer M..... Il y avait en effet près de douze à quinze mois qu'il n'avait pas eu d'accès, et il me coûtait de conserver à l'asile un homme fort et robuste, dont le travail pouvait être utile à ses parents, et que d'ailleurs je ne pouvais plus considérer comme aliéné.

Depuis cette époque, je n'ai entrevu M..... qu'une seule fois; sa famille n'avait point à se plaindre de lui. Mais je doute que cet homme soit assuré cette fois plus complétement que les autres, et je crains bien qu'il nous soit ramené au printemps prochain, époque la plus habituelle du retour de ses crises. (*Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, juin 1861, n° 49; observation de M. le Dr Lunier, directeur-médecin de l'asile de Blois.)

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Accès périodiques à intermittences régulières et à périodes presque égales.*

OBSERVATION IX.

Accès de folie à double forme tous les ans; dipsomanie pendant la période d'excitation.

Mme B....., âgée de 42 ans, mère de famille, d'un tempérament nerveux, jouissant d'une bonne santé, perdit, à l'âge de 28 ans, une fille. Ses idées se dérangèrent; elle devint triste, inquiète, s'effrayant de tout. En quelques semaines la santé se rétablit. A 36 ans, sans cause excitante déterminée, retour du délire, qui présente des caractères particuliers : tristesse au début, tiraillements, langueur d'estomac, découragement moral, incapacité de se livrer au moindre exercice, à la moindre occupation. Après six semaines, tout à coup excitation générale, insomnie, agitation, mouvements désordonnés, besoin de boire du vin porté à l'excès, trouble dans les idées, perversion des affections, etc. Après deux mois, les symptômes se dissipent, et la malade recouvre, avec la raison, le calme et la sobriété. Tous les ans, depuis, accès semblable. L'année dernière (1836), Mme B.... fut saignée trois fois au commencement de l'accès, qui persista néanmoins aussi longtemps que les précédents et se termina au mois de juin. Au mois d'octobre suivant, convulsions; au mois de décembre, suppression des règles, refus de manger, langueur d'estomac. Après quelques semaines, abus de boissons, insomnie, hallucinations, conviction que des ennemis lui en veulent. Après un mois, rémission, mais, bientôt après, retour de tous les accidents. Envoyée à Charenton le 24 avril; vers la fin de mai, cessation de l'accès, précédée de l'apparition des règles. Cette malade conjure de lui indiquer les moyens de prévenir le retour des accès, dont elle a autant de honte que d'horreur. (Esquirol, *loc. cit.*, t. II, p. 77.)

OBSERVATION X.

Alternative de manie et de mélancolie avec stupeur, d'une durée de six semaines pour chaque période; intermittence très-courte. Quatre fois sortie, en apparence guérie, la malade rentre, un mois après, avec tous les symptômes de la manie.

M..... (Élisa), âgée de 20 ans, est entrée à la Salpêtrière, le 19 septembre 1850, dans un état de mélancolie assez prononcée. Cette jeune fille a de tristes anté-

cédents héréditaires : sa grand'mère paternelle est morte aliénée, à la Salpêtrière, à 64 ans, en 1829 (elle était atteinte de mélancolie avec agitation); sa mère est morte aussi dans le même hospice, à 40 ans, en 1839, atteinte de lypémanie suicide; une tante paternelle est sujette à des accès de congestion cérébrale, et un frère est d'un caractère excessivement faible. M..... a toujours été triste et mélancolique, et parlait souvent de mourir. Elle est tombée malade vers le 20 mai, à la suite d'émotions morales; en effet, elle s'était trouvée mal dans la rue à la vue d'une rixe sanglante, alors qu'elle avait ses règles, dans les premiers jours de mai; en même temps, sa maîtresse d'atelier fut obligée de la renvoyer faute d'ouvrage, ce qui augmenta encore son chagrin. Peu après la jeune M..... fut prise de frayeurs, de craintes imaginaires, et eut des hallucinations terrifiantes : elle croyait qu'on voulait l'arrêter, qu'on l'avait dénoncée; elle voyait des soldats entrer chez elle et entourer son lit pour venir la prendre, ou bien elle se croyait morte ou dans la bière, voyait des fantômes, des revenants, sentait des odeurs pestilentielles autour d'elle. La plupart de ces phénomènes avaient lieu pendant la nuit et venaient la troubler dans son sommeil. Depuis lors les règles ne se sont pas montrées.

Lors de son entrée à l'hospice, la malade est très-triste, passe ses journées immobile sur une chaise, ne demandant jamais rien, n'adressant la parole à personne; les yeux sont largement ouverts, la physionomie a un air d'hébétude et de stupeur. On a beaucoup de peine à obtenir une réponse de la malade; il faut l'exciter pour parvenir à savoir qu'elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et qu'elle prend l'hospice pour une prison où elle se croit renfermée; elle se plaint de céphalalgie et gâte un peu; le pouls est lent et petit, les mains sont froides. Après un traitement suivi (purgatifs, vésicatoire à la nuque, sangsues aux cuisses), la malade redevient gaie, travaille, et sort au bout de trois mois (27 décembre), sans que les règles aient apparu une seule fois, et présentant par moments une certaine apathie.

Elle rentre un mois après (janvier 1851) dans un état d'agitation prononcée, elle est alors difficile, querelleuse, impérieuse, se tient mal, parle avec loquacité, a le regard animé. Cet état cesse graduellement, et la jeune M..... sort de nouveau six mois après (juillet 1851).

L'année suivante (avril 1852), elle est ramenée pour la troisième fois dans le même état maniaque, et après avoir tenu dans Paris la conduite la plus scandaleuse, se livrant à une véritable prostitution, vendant tous ses effets, tenant un langage obscène, troublant l'ordre public. A cette période de manie succède peu à peu une période de mélancolie avec stupeur, qui dure près de deux mois; après quoi la malade sort guérie en apparence (février 1853).

Mais elle est réintégrée à la Salpêtrière un mois après (15 mars), pour la quatrième fois, toujours avec la même excitation; et pendant six semaines que cela dure, elle est très-agitée, crie, court après les ouvriers qu'elle rencontre dans sa division, tient des paroles obscènes, vole tout le monde, et cherche même à s'étrangler avec un lacet. A cette période d'agitation succède une période de calme complet. M..... cause raisonnablement, est tranquille, soumise, travaille, mange et dort bien. Au bout de six semaines, nouvelle période de dépression; immobilité, hébétude, abattement, stupeur, mutisme, extrémités froides. La malade n'aime pas qu'on s'occupe d'elle, et paraît anxieuse quand on s'approche de sa place; cependant la mélancolie paraît moins profonde que lors des autres accès.

Telles sont les alternatives dans lesquelles a vécu cette jeune fille pendant plusieurs années. (Observation communiquée par M. Baillarger.)

OBSERVATION XI.

Accès de manie antérieurs; folie à double forme, dont chaque période a une durée égale de quinze jours; transition brusque pendant la nuit; amaigrissement pendant la dépression; intermittence courte.

Mlle X....., âgée aujourd'hui de 28 ans, a eu plusieurs accès de manie de 16 à 18 ans. Après être restée bien portante pendant trois ans, elle éprouve une rechute, et depuis lors sa maladie n'a plus cessé. Cette maladie revient par accès dont la durée est environ d'un mois.

Pendant les quinze premiers jours, on observe tous les symptômes d'une profonde mélancolie; puis tout à coup la manie éclate et dure le même temps.

Quand la période de dépression commence, Mlle X..... se sent en proie à une tristesse qu'elle ne peut surmonter. Une sorte d'engourdissement envahit peu à peu son être. La physionomie prend une expression de souffrance, la voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême; bientôt les symptômes s'aggravent, la malade reste sur sa chaise immobile et muette; tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour la fatigue. Mlle X..... apprécie très-bien ce qui se passe autour d'elle; elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes, et à voix si basse que l'on ne saisit qu'incomplétement ce qu'elle dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent, il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre; le pouls est petit et lent.

Au bout de trois ou quatre jours, la physionomie a déjà subi une atteinte

profonde; les yeux sont cernés, caves et sans expression; le teint pâle et jaunâtre.

Quand cet état a duré quinze jours, il cesse tout à coup pendant la nuit, et la torpeur générale est remplacée par une excitation très-vive.

Le lendemain, on retrouve la malade avec les traits animés, le regard brillant, la parole vive, les mouvements brusques et rapides; elle ne peut rester un instant à la même place, et court çà et là, comme si elle était entraînée par une force irrésistible.

Autant l'intelligence était embarrassée, autant elle a acquis de vivacité. Mlle X..... saisit avec une sagacité remarquable tout ce qui, chez les personnes qui l'entourent, peut prêter au ridicule. Sa verve est intarissable, et se signale par de continuelles épigrammes; dans ce nouvel état l'insomnie continue, mais l'appétit est revenu.

Après quinze jours, le calme se rétablit presque subitement. Mlle X....., qui se rappelle tout ce qu'elle a dit pendant la période de son second accès, se montre triste et confuse; mais bientôt elle reprend ses habitudes ordinaires.

L'intermittence est malheureusement de peu de durée; rarement elle s'est prolongée de deux à trois mois; le plus souvent, c'est après quinze à vingt jours qu'un nouvel accès éclate.

La malade, qui pendant la période de dépression ne prend qu'une quantité insuffisante d'aliments, maigrit très-rapidement. Une fois la perte a été de 12 livres en quinze jours.

Dans la période de réaction et pendant les intermittences, l'appétit est très-grand, et le retour de l'embonpoint a lieu d'une manière très-rapide. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, 1854, p. 341. Observation 1re du mémoire de M. Baillarger.)

OBSERVATION XII.

Accès de folie à double forme; période d'excitation caractérisée par des idées de grandeur et de richesse; période de dépression accompagnée de délire religieux et des persécutions. Guérison.

M. P..... (Mathurin), âgé de 28 ans, soldat au 13e de ligne, en garnison à Paris, entre à Charenton le 19 mars 1854. Ce malade est de taille moyenne, assez robuste, quoique blond et un peu lymphatique; il présente une conformation du crâne et de la face qui se rapproche du type mongolique; de plus, un certain air de stupidité règne sur son visage.

D'après le rapport très-concis du médecin du régiment, l'explosion du délire de ce militaire daterait du 13 mars. Quelques jours avant cette date, le malade présentait un état de tristesse qui ne l'empêchait pas encore de faire son service. Vers le 12, cet état changea, une exaltation cérébrale survint qui se traduisit en faits répréhensibles qui nécessitèrent la réclusion du malade. A la visite du 13, l'aliénation mentale ne fut plus douteuse pour le médecin. Quelques renseignements indiqueraient que ce militaire avait perdu ou croyait avoir perdu un billet de 600 francs; de là son état morose et taciturne tout à fait inaccoutumé. A la nouvelle que le billet était retrouvé, l'exaltation des facultés mentales se manifesta, et le délire fit explosion. Transporté alors au Val-de-Grâce, P..... offre tous les symptômes d'un délire général continuel; il parle très-haut, crie, interpelle ceux qui l'entourent; il se dit un haut fonctionnaire, maréchal de camp, puis un personnage sacré ayant une mission divine à remplir; il persiste à soutenir qu'il a perdu un billet de 600 francs. Nul acte de violence.

Depuis son entrée à Charenton, ce militaire présente le type parfait de la folie à double forme; son état a trois périodes distinctes, qui se succèdent dans un ordre régulier, et suivant une marche constante : mélancolie, manie, puis calme. La période de dépression s'annonce par de l'ennui, moins d'aptitude et de goût au travail. Le malade devient triste, regrette sa liberté, ses amis, réclame sa sortie, son retour au régiment; sa figure s'assombrit, ses yeux prennent une expression de mécontentement; il devient défiant, soupçonneux, refuse de travailler et de se laisser diriger. Les idées de persécution assiégent son esprit; ceux qui l'entourent sont ses ennemis, des mauvais sujets, des conspirateurs, qui complotent contre lui, contre le pouvoir et contre le chef de l'État; il se plaint d'avoir été volé et dupé, frustré dans ses droits légitimes; il lui est dû des sommes considérables qu'on refuse de lui solder. A ces craintes et à ces réclames chimériques viennent aussitôt se mêler des idées religieuses; c'est un théomane fort triste; il est en communication avec les puissances célestes, et ceux qui l'entourent sont des démons et des suppôts de Satan. Cette tristesse profonde se change tout à coup en une agitation violente. Alors le malade n'a plus de repos ni de sommeil; il crie, il déclame et s'agite. Ici dominent les idées de grandeur et de richesse: P..... se croit général, aide de camp de l'empereur; il commande des armées à haute voix; il prononce des sentences, des arrêts de mort, châtie ses ennemis; il prend en affection quelques malades, il a de la haine pour d'autres qu'il rudoie, accable d'injures ou de menaces, et quelquefois de coups. Les bains prolongés, les saignées abondantes et les opiacés, ne produisent dans ce cas qu'un amendement incomplet et temporaire.

Après cette période d'agitation, le calme renaît peu à peu, et le malade revient insensiblement à son état normal. Pendant la période de calme, il est doux, facile, assez bienveillant; c'est un travailleur intrépide et plein de zèle.

La durée des périodes a été jusqu'à présent peu variable. La période de mélancolie dure environ douze jours en moyenne; la période d'agitation est plus longue (trois ou quatre septénaires); la période de rémission est quelquefois plus longue encore, et dure souvent plus d'un mois.

P..... sort enfin le 4 novembre 1854, c'est-à-dire au bout de huit mois, guéri, comme l'indique son certificat de sortie. Il rentre une deuxième fois, le 31 décembre 1859, atteint d'excitation maniaque, avec loquacité, insomnie, etc., qui diminue peu à peu dès le mois de janvier suivant; si bien que le malade sort de nouveau le 26 mars 1860, également guéri, mais cette fois sans avoir présenté de période dépressive. (Observation recueillie par M. le Dr Linas, registre de 1854.)

OBSERVATION XIII.

Accès très-courts de folie à double forme; durée des périodes égales; mélancolie pendant sept jours, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, et délire religieux; manie violente pendant huit jours, transition brusque pendant la nuit. Menstruation normale et apparaissant toujours pendant l'intermittence, qui est régulière et d'une durée de huit à douze jours. Guérison par le sulfate de quinine, à la dose progressive de 2 grammes par jour.

Mme M..... a 34 ans; elle est de petite taille, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle; élevée dans la dévotion par une mère très-pieuse, elle a conservé depuis son mariage (il y a huit ans de cela) des croyances religieuses qu'elle met fidèlement en pratique, et qu'elle enseigne à ses deux enfants.

Son caractère est bon, doux, affectueux; ses goûts sont simples et son genre de vie modeste.

La menstruation a toujours été très-régulière; la durée du flux menstruel est ordinairement de sept à huit jours.

L'hérédité est tout à fait étrangère aux causes qui ont pu déterminer la maladie de Mme M.... Il paraîtrait qu'à l'époque de sa première communion elle aurait caché une faute à confesse, et que, depuis cette époque, elle est quelquefois tourmentée en s'arrêtant à l'idée que la damnation serait la peine de son sacrilége.

Le 25 janvier 1852, Mme M..... entre, comme pensionnaire, à l'asile public des aliénés de la Côte-d'Or, en proie à une mélancolie profonde; sa pâleur est cada-

vérique, sa faiblesse très-grande. Depuis trois jours, elle a refusé de prendre des aliments substantiels; elle a entendu une voix qui lui a dit: «Jeûnes, et tu seras pardonnée;» et depuis ce moment, elle n'a accepté que quelques cuillerées de bouillon.

A peine est-elle entrée dans la petite infirmerie du pensionnat de l'asile, et recommandée d'une manière toute spéciale aux soins éclairés de la sœur de service, que Mme M..... cherche à s'isoler, et que, se cachant derrière les rideaux d'un lit, on la voit s'agenouiller, puis pleurer et sangloter.

Le lendemain, à la visite du médecin en chef, elle paraît un peu plus calme; elle a mangé avec assez d'appétit, mais elle est visiblement tourmentée par des idées fixes ayant pour objet la religiosité; la mémoire et l'affectivité sont intactes; il n'y a pas de tendance au suicide. Cet état se continue pendant quatre jours, quand tout à coup, dans la nuit du 29 au 30 janvier, Mme M..... se mit à tenir les propos les plus incohérents, à chanter, à rire, à pousser des cris, à aller remuer les malades dans leur lit, à casser les objets qui lui tombaient sous la main; camisolée, conduite sur mon ordre, dès la pointe du jour, au quartier des cellules, Mme M..... nous présente tous les signes d'un délire aigu, quand nous la voyons à la visite.

La veille au soir, elle était mélancolique, obsédée par des idées religieuses; ce matin elle est maniaque, jure et tempête! Mon chef de service prescrit un bain de trois heures avec affusions froides sur la tête, et une portion de 0,02 d'acétate de morphine.

31 janvier. La malade a passé une nuit fort agitée. — Bain de quatre heures; potion avec 0,05 d'acétate de morphine.

1er février. Quoique fort bruyante, Mme M.... n'avait pas la camisole, à la vérité, mais force a été de la lui remettre, car elle a souffleté deux filles de service. — Potion d'acétate de morphine, 0,07.

Les 2 et 3. La malade ne sort pas de sa cellule, tant elle est violente; elle est de plus fixée sur un grand fauteuil *ad hoc*. — Elle prend des bains prolongés, et continue sa potion.

Le 4. Nous trouvons Mme M..... au lit, elle n'a pas voulu se lever: «Je suis bien malade, dit-elle, je vais mourir; faites venir mes enfants, que je leur donne ma bénédiction.» A ces mots, de grosses larmes vinrent mouiller sa paupière, elle poussa de profonds soupirs, plaça sa tête entre ses deux mains, et ne répondit plus. La journée fut calme, la malade se leva de son plein gré vers midi, et fit de la tapisserie pendant une heure.

5 février. Mme M..... a été conduite, à l'heure de la visite, au salon de travail, c'est là que nous la trouvons. Sa physionomie est franche et ouverte, elle sourit

timidement quand on lui adresse la parole, affirme se trouver très-bien et n'avoir besoin de rien.

Le 6, calme parfait, raison très-saine, gaieté; les règles ont reparu dans la nuit.

Le 11, notre malade est tout à fait métamorphosée, elle est douce et prévenante pour les dames de sa division, affectueuse envers les religieuses, pleine de respect et de soumission vis-à-vis des médecins.

Le 12. Le flux menstruel s'est arrêté ce matin.

Le 15. Mme M...... continue de bien aller, elle fait en ce moment usage de préparations ferrugineuses.

Le 16. Il s'est opéré un grand changement depuis hier dans l'état mental de notre intéressante malade; elle est fort triste, son facies exprime le trouble, l'inquiétude. «Que je suis malheureuse, dit-elle, tout le monde me repousse! Oh! je le vois bien, j'irai en enfer, car j'y ai rêvé pendant la nuit! Mais non, je n'y ai pas rêvé, je ne dormais pas; mais j'ai vu des morts sortant de leurs cercueils; j'ai entendu les trompettes du jugement dernier, et c'est évidemment pour me condamner que le bon Dieu envoie la fin du monde aussitôt que cela!» Les paroles les mieux senties, les plus appropriées que mon chef de service oppose à tant de divagations ne peuvent sortir la malade de son état d'abattement et de découragement.

Les 17 et 21. Mme M..... est aussi profondément mélancolique qu'à l'époque de son entrée dans la maison; elle mange peu, dort à peine, se refuse à prendre tout médicament de peur qu'on ne l'empoisonne, et est en proie à de fréquentes hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle se soumet avec la plus grande difficulté aux affusions froides sur la tête, pousse des cris perçants et appelle au secours quand la sœur vient la chercher pour la conduire au bain.

Le 22. Nous sommes de nouveau en présence d'un accès de manie très-aigu que nous essayons de combattre par les bains prolongés, les affusions froides et une potion opiacée.

Le 23. Mme M..... cause à la visite avec une grande volubilité; elle accompagne ses paroles de gestes et d'éclats de rires. Dans la soirée, la trouvant dans un violent état d'excitation, je la fis conduire aux cellules.

1er mars. L'agitation tend à décroître.

Le 2, Mme M..... est calme, les facultés de l'intelligence paraissent un peu déprimées, les forces sont prostrées.

Le 3. La malade est déjà remise, elle est au salon et occupée à un petit travail de broderie. Mon chef de service prescrit 0 gr. 20 de poudre de sulfate de quinine à prendre en deux doses.

Le 4 et le 5 Mme M..... est tout à fait revenue à son état normal de santé.

Du 6 au 12. La malade a été menstruée pendant toute la semaine, elle continue à aller très-bien. Le sulfate da quinine a été continué; la dose a été élevée jusqu'à 0 gr. 60.

Les journées des 13, 14 et 15 mars se passent très-bien; mais le 16 Mme M..... est devenue triste et morose. Elle s'est plainte d'un peu de céphalalgie pendant quatre ou cinq jours; puis, au moment redouté pour la période d'excitation, la malade n'a présenté qu'un peu d'animation dans le regard, et a prononcé une fois seulement quelques paroles incisives et méchantes sur un ton très-élevé.

La menstruation a suivi son cours habituel.

10 avril. Le sulfate de quinine, dont on a continué l'usage et dont la malade a pris jusqu'à 2 grammes par jour, vient d'être supprimé.

Pendant les mois d'avril et de mai, aucun accident n'a reparu et la convalescence s'est bien assise.

Les époques auxquelles se développaient les accès de mélancolie et de manie sont passées inaperçues. Dans les derniers temps Mme M..... a vu souvent son mari et ses enfants; l'impression de ces visites était très-profitable; elles lui faisaient oublier le passé, la rendaient gaie et joyeuse pour le présent et la pénétraient de confiance pour l'avenir.

Dans un état complet de guérison et que nous savons ne pas s'être démenti depuis, Mme M..... quitte l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or le 31 mai 1852. (Observation rapportée par M. Legrand du Saulle, in *Annales médico-psychol.*, 1855, p. 53 à 60.)

OBSERVATION XIV.

Alternative de dépression et d'excitation tous les mois environ, pendant plusieurs années; kleptomanie pendant la période maniaque; hallucinations et démonomanie pendant la mélancolie. Guérison.

Une femme, d'une forte constitution, d'une disposition psychique assez vive, et douée, du reste, de bonnes qualités morales, fut, de 1844 à 1850, atteinte d'une affection mentale, dont elle finit par guérir, et dont le début fut signalé par une céphalalgie violente et par des douleurs abdominales assez vives, à l'époque menstruelle. Une anomalie sexuelle paraît en avoir été la cause prédisposante, à laquelle étaient venus se joindre de la jalousie et des chagrins domestiques. Cet état se compliquait en outre de tristesse, d'angoisse. La malade fuyait la société, négligeait son ménage, restait volontiers au lit, se privait facilement de nourriture et elle passait ensuite d'un extrême à l'autre, manifestait de l'agitation, un

entraînement à sortir, et l'incohérence de la pensée prenait la place de la morne stupeur.

Elle se livra aux actes les plus bizarres; enfin, en dernier lieu, elle fut emportée par une tendance irrésistible au vol; et différents larcins motivèrent son arrestation. Un examen attentif de la situation fit reconnaître son état pathologique. Revenue à son bon sens, elle regrettait vivement ses actes. Quand la période d'excitation survenait, sa volonté était impuissante pour dominer sa tendance au vol. Elle dérobait tout ce qu'elle trouvait, sans même y mettre du mystère; elle prenait des objets qui ne pouvaient lui être d'aucune utilité et recherchait, dans ses larcins insignifiants, à jouer des mauvais tours aux autres. Elle eut des hallucinations, fut effrayée par l'apparition du diable, et son agitation était souvent extrême. Puis elle retombait dans un profond abattement, tel qu'il a été décrit plus haut. Ce délire, à forme alternante, dura plusieurs années. C'était ordinairement toutes les quatre semaines que ces changements avaient lieu. Dans la seconde période, cette femme se reprochait vivement ce qu'elle avait fait pendant la première, et elle tombait alors dans le plus profond accablement; étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle. Puis enfin venait une période de raison pendant laquelle on remarquait un peu de céphalalgie, quelques palpitations de cœur. Au mois de mars 1850, il se manifesta un changement notable, et, pendant six mois, ce ne fut, en quelque sorte, que l'ombre de la situation antérieure. Enfin, au mois d'octobre, elle fut parfaitement guérie. (*Annales médico-psychol.*, 1855, p. 341, *Revue des journaux allemands*, par M. le Dr Renaudin; analyse d'un mémoire du Dr Bergmann, sur la kleptomanie.)

QUATRIÈME CATÉGORIE. — *Accès continus, sans intermittence, à transition brusque et d'une durée très-courte.*

OBSERVATION XV.

Alternative de manie et de mélancolie tous les deux jours pendant six ans; avarice exagérée pendant la période dépressive; terminaison par la démence coïncidant avec l'âge critique.

Mme D..... fut affectée, à la suite de profonds chagrins et de revers de fortune, d'une mélancolie maniaque, dont elle fut traitée chez elle par Hallé et Pinel, qui décidèrent la famille à la faire entrer dans un établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale. C'est alors, le 4 mai 1803, qu'elle fut conduite dans

ma maison (dit Dubuisson), où elle présenta tous les symptômes d'un délire maniaque. Les secours thérapeutiques lui furent de nouveau administrés. Alors la manie diminua d'intensité et dégénéra en une mélancolie compliquée d'accès maniaques, qui, pendant six semaines, sont revenus assez régulièrement. Ainsi Mme D..... offrait un jour les symptômes d'un délire mélancolique caractérisé par l'avarice la plus sordide et la méfiance la plus grande, étant d'ailleurs assez douce, tranquille et taciturne. Le lendemain, ce délire partiel et exclusif change de nature et devient général; alors la malade s'agite, se tourmente, elle crie, elle s'emporte, elle devient querelleuse et insupportable par ses fatigantes importunités et par sa loquacité bruyante et continuelle. C'est ce qui oblige souvent de l'éloigner de la société et de la tenir recluse pendant ces jours-là.

Depuis trois mois que l'âge critique est survenu, les accès maniaques se sont calmés, et la malade est dans un état de démence tranquille. (Jacquelin-Dubuisson, *Traité des vésanies*, p. 196; Paris, 1816.)

OBSERVATION XVI.

Imbécillité avec accès réguliers de tristesse et de gaieté pendant un grand nombre d'années; durée des périodes, trois jours, sans intermittence aucune; inefficacité du sulfate de quinine et du haschisch; plus tard, irrégularité des accès, mort.

A. W..... fut placé, en 1836, dans un établissement de la rue Neuve-Sainte-Geneviève pour des actes qui avaient donné lieu à de nombreuses plaintes. D'une bonne famille, W..... avait été mis au collége, où il ne put apprendre qu'à lire et à écrire. A deux reprises différentes, on le fit entrer dans une maison de santé; mais ce ne fut qu'à l'âge de 30 ans qu'il y fut maintenu définitivement. Lorsque M. Brierre reprit cet établissement, ce malade avait tout l'aspect physique et moral d'un imbécile : jugement nul, attention faible, crédulité extrême.

Mais ce qui fut remarqué dans son état mental, ce fut la forme intermittente régulière sous laquelle se présentaient les symptômes. Tous les trois jours, une métamorphose curieuse s'opérait dans sa personne : gai, tapageur, interpellant chacun par son nom, sans cesse en mouvement, faisant retentir la maison de ses cris, d'autant plus bruyant qu'il était plus près de retomber dans sa forme triste. Il continuait encore de marcher, mais sa démarche était incertaine, vacillante; ses yeux, agités de mouvements très-rapides, erraient, sans se fixer, d'un objet à un autre; il saisissait ce qui lui tombait sous la main, le laissait tomber, s'éloignait, revenait le reprendre.

Le pauvre W...., dont les chants avaient fini par faire place à un mutisme

complet, allait se placer immobile près du réfectoire, dans la cour, sur trois pavés, toujours les mêmes, et gardait cette attitude de statue depuis le matin jusqu'au soir, pendant le temps de la crise, qui durait trois jours, et à laquelle succédaient trois jours de gaieté. La lutte intérieure était annoncée par les changements de la figure : habituellement colorée, pleine, animée, elle prenait une teinte jaunâtre, s'amaigrissait, devenait triste, immobile; la bouche pendante lui donnait un air de stupidité particulier; les yeux étaient mornes. L'affaiblissement général était très-prononcé dans les jambes, qui avaient quelque peine à ne pas fléchir. Il était assez difficile de lui faire quitter son lieu d'élection pour prendre ses repas et le mettre à l'abri des intempéries des saisons. Pendant près de dix ans que ce malade fut confié à nos soins, la régularité des accès varia peu, à l'exception des deux dernières années.....

Tant que durait la crise, on ne pouvait en tirer aucune parole; il détournait la tête et donnait les signes d'un véritable malaise si on s'obstinait à lui parler, et lorsque, vaincu par l'importunité, il murmurait quelques mots, ils étaient prononcés à voix basse, d'une manière entrecoupée, et comme si un obstacle en gênait l'émission. Quand il était à la fin de sa période de souffrance, on voyait les traits s'animer, la figure se colorer, et il disait que le poids de plomb qui le clouait au sol diminuait à chaque instant. Son retour à l'excitation était marqué par les mêmes symptômes; il s'écriait : «Je suis guéri, je suis en gaieté;» se mettait à chanter, à sauter, à bondir, et à faire les ouvrages les plus pénibles.

En présence de cette régularité, nous eûmes la pensée de lui faire prendre le sulfate de quinine quelques heures avant l'apparition de la période de dépression, W..... prit, pendant plusieurs jours de suite et à diverses reprises, de 0,05 à 0,10 centigrammes de sulfate de quinine. Les seuls changements que nous observâmes furent un retard dans les accès, une période d'excitation un peu plus longue, des modifications dans l'époque de l'apparition de la période d'abattement, mais néanmoins la même forme, seulement variable en intensité et en durée..... Nous employâmes aussi le haschisch au début de la période de tristesse (30 grammes). Deux ou trois heures après l'ingestion de la substance, la figure prit une teinte jaune verdâtre; W..... commença à s'agiter, et fut obligé d'abandonner son poste ordinaire; il ne pouvait plus tenir sur ses jambes, il lui semblait que tout tournait autour de lui; il lui fut presque impossible de manger; son état d'abattement, qui durait trois jours, cessa au bout de deux jours et demi, et même, dès le commencement du deuxième, sa figure s'épanouit.

Quelques jours après, au plus fort de sa gaieté, nous fîmes prendre à ce malade 45 grammes de haschisch. A peine un quart d'heure s'était-il écoulé, que sa physionomie changea brusquement et tomba avec une rapidité extrême dans la

tristesse habituelle. Craignant pour sa santé, nous lui fîmes prendre une tasse de fort café, qui dissipa ce malaise sans lui rendre sa gaieté. L'accès de tristesse se prolongea cette fois quatre jours.....

Enfin le malade fut abandonné aux effets de la nature, son état mental étant regardé comme incurable. Dans les deux dernières années de son séjour à la maison, la forme intermittente périodique perdit de sa régularité; les accès offraient beaucoup de variété dans le retour de la durée. Transféré dans un établissement public, W..... y est mort quelques mois après. (Observation abrégée de M. Brierre de Boismont, insérée dans les *Annales médico-psychol.* de 1854, p. 144.)

OBSERVATION XVII.

Agitation maniaque pendant quinze à vingt jours; engourdissement profond pendant le même temps, accompagné de symptômes de cyanose; retour invariable et régulier des deux périodes pendant plusieurs années et jusqu'à la mort. Le pouls bat 90 à 100 pulsations dans la période d'excitation, et tombe à 30 pendant la période de stupeur. Mort.

M....., de Besançon (Doubs), célibataire, sans profession, était âgé de 32 ans lors de sa séquestration à l'asile de Dôle, qui eut lieu d'office le 21 octobre 1845.

Ce malade nous a présenté, lors de notre arrivée à l'asile de Dôle (1853), l'état suivant, qui s'est reproduit invariablement de la même manière jusqu'à son décès, qui a eu lieu le 19 novembre 1858, par suite de pneumonie.

M..... avait régulièrement des périodes d'excitation et de profonde dépression, dont la durée était égale.

Cet homme, de haute stature, d'un tempérament fortement sanguin, au front déprimé, était, pendant quinze ou vingt jours, en proie à une agitation des plus violentes; son visage alors était rouge et fortement animé, ses yeux étaient brillants et intelligents. Tout son corps était fortement coloré; le pouls marquait 90 à 100 pulsations.

Les paroles étaient incohérentes et exprimaient la gaieté la plus expansive; il était continuellement en mouvement, d'une turbulence excessive, et sa loquacité était intarissable; il dormait peu, riait et parlait sans cesse.

Tout à coup et assez brusquement, cet état de surexcitation disparaissait, pour faire place à un état de prostration remarquable.

M..... baissait la tête, fermait les yeux, et cessait de parler avec autant de volubilité. La période de dépression commençait; le pouls descendait à 30 et même

à 25 pulsations. Lorsqu'il était à ce chiffre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures environ, M..... était immobile et restait plongé dans un engourdissement dont rien ne pouvait le tirer. Son visage était bouffi et fortement cyanosé; il tenait constamment les yeux fermés, ses mains étaient crispées, et toute la surface de son corps était aussi fortement cyanosée que son visage.

On eût dit, à première vue, que cet homme était atteint de choléra asiatique. Impossible alors d'obtenir de lui la moindre parole; seulement je remarquais que chaque fois que je lui adressais des questions, il se manifestait dans ses paupières, qu'il tenait constamment fermées, un léger frémissement qui se renouvelait à chacune de mes interpellations. Il se tenait droit et immobile, les poings fortement serrés, et sans dire un mot pendant toute la journée. Cet homme, d'une grande gloutonnerie pendant la période d'excitation, était devenu tellement étranger à tout ce qui se passait autour de lui, que pendant le cours de la période contraire, il ne songeait pas même à prendre des aliments, et qu'on était obligé de le faire manger comme un enfant.

Cet état d'engourdissement et de torpeur générale persistait pendant quinze à vingt jours.

Tout à coup le pouls s'élevait, la cyanose générale disparaissait, ses yeux s'ouvraient, et aussitôt sa loquacité signalait le début d'une nouvelle période d'excitation.

Ces alternatives *régulières* d'excitation maniaque et de dépression ont continué jusqu'au moment de son décès.

L'*autopsie*, faite vingt-quatre heures après la mort, ne montra aucune lésion notable du côté de l'encéphale, mais des traces évidentes de pneumonie aux deux derniers degrés. (Observation du Dr Verron, *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, janvier 1861, p. 5.)

CINQUIÈME CATÉGORIE. — *Accès continus à très-longues périodes, plus ou moins régulières, et à transition lente.*

OBSERVATION XVIII.

Alternatives très-régulières et très-courtes d'abord d'excitation et de tristesse (folie à double forme au premier degré); puis, au bout d'un grand nombre d'années, accès très-longs, d'une durée de six mois pour chaque période; tendance au suicide pendant la période de mélancolie.

On m'a demandé plusieurs fois des conseils sur la mobilité et la variabilité

extrême d'une personne qui, dès l'âge le plus tendre, avait été sujette à des affections cutanées et à des mouvements fébriles irréguliers. Dès les premiers développements de la raison, elle avait pris l'habitude de faire des lectures sans ordre et sans choix : elle s'occupait tour à tour de romans, de poésie, de pièces de théâtre, d'histoire, qu'elle parcourait alternativement, avec la rapidité de l'éclair, durant des journées entières et une grande partie des nuits. Ses périodes menstruelles furent précoces et souvent dérangées par des chagrins domestiques profonds et des contrariétés renaissantes : de là une irascibilité extrême, des emportements, des cris violents, des mouvements convulsifs irréguliers. Le bonheur parut lui sourire par un mariage bien assorti ; mais toujours la même vacillation du caractère et disposition irrésistible à passer d'un extrême à l'autre. Quelquefois, pendant plusieurs jours, agitation continuelle, courses, fatigues poussées jusqu'à l'épuisement ; d'autres fois morosité sombre, désir insurmontable de la retraite, engourdissement apathique ; nulle règle dans l'heure des repas ni dans le choix des aliments ; certains jours se passent sans qu'elle prenne aucune nourriture, d'autres sont marqués par un appétit immodéré qu'on ne craint pas de satisfaire (ce qui entraîne souvent des désordres dans la digestion), et l'abus des liqueurs alcooliques. Souvent, dans le même jour, passage brusque d'une froide apathie aux épanchements de la tendresse filiale, à l'enthousiasme de la poésie, au fanatisme religieux, souvent des objets importants traités par manière de jeu, des frivolités traitées avec gravité et l'attention la plus sérieuse.

Des symptômes d'hypochondrie et des maux physiques variés donnent lieu à de vains projets de traitement, tour à tour suggérés par des médecins habiles, des empiriques ou des bonnes femmes, et qui sont tour à tour commencés, suspendus ou repris, sans ordre et sans suite. Enfin l'aliénation se déclare avec une singularité remarquable : la malade passe six mois de l'année à s'agiter, à courir sans cesse, à former des projets sains et chimériques ; six autres mois sont marqués par une stupeur profonde, un sombre désespoir et une impulsion des plus fortes pour le suicide. (Pinel, *Traité médico-psychol. sur l'aliénation mentale*, 2e édit., 1809, p. 23.)

OBSERVATION XIX.

Pendant plusieurs années, excitation durant la saison d'hiver, dépression durant la saison d'été, avec idées de suicide.

Un jeune homme du Midi, âgé de 25 ans, d'un tempérament éminemment nerveux, à l'approche de l'hiver, depuis trois ans, est pris d'une grande excitation.

Alors il est très-actif, toujours en mouvement, parle beaucoup, se croit d'un esprit distingué, fait mille projets, dépense beaucoup d'argent, achète, emprunte, sans trop s'inquiéter du payement; très-irritable, tout le blesse, excite ses emportements et sa colère; il n'est plus sensible à l'amitié de ses parents, il méconnaît jusqu'à la voix de son père. Dès que le printemps fait sentir son influence, ce jeune homme devient plus calme; peu à peu il est moins actif, moins bavard, moins susceptible. A mesure que la température s'élève, les forces physiques semblent l'abandonner; il tombe dans l'inaction, dans l'apathie, se reprochant toutes les extravagances auxquelles il s'est livré pendant la période d'excitation. Il finit par la lypémanie, par le désir de se tuer, et enfin par des tentatives de suicide. (Esquirol, *loc. cit.*, t. I, p. 635.)

OBSERVATION XX.

Accès de folie à double forme au premier degré pendant plusieurs années; excitation pendant l'hiver; dépression pendant l'été. A plusieurs reprises, accès de folie à double forme au second degré, avec délire monomaniaque varié; congestions cérébrales; kyste de l'ovaire gauche. Mort.

Mme de R....., d'une constitution forte, quoique rachitique, d'un tempérament sanguin, d'une imagination ardente, éprouva les revers de la révolution et beaucoup de chagrins domestiques. Restée veuve avec les débris d'une grande fortune, elle s'enferme dans une terre pour vivre plus économiquement et surveiller l'éducation de ses enfants. Vers l'âge de 50 ans, après la cessation de la menstruation, Mme de R..... passe l'hiver très-active, occupée de ses intérêts, aimant la société, recherchant le monde et faisant beaucoup d'exercice. Au printemps et pendant l'été, Mme de R..... est calme, paresseuse, vivant seule, négligeant les soins de sa fortune et ne se décidant à rien. Dans ces deux états, qui se sont renouvelés alternativement pendant plusieurs années, Mme de R..... remplissait ses devoirs d'excellente mère et ne manquait à aucune des convenances sociales; il fallait vivre dans son intimité pour s'apercevoir de la différence de sa manière d'être pendant l'hiver et pendant l'été. A l'âge de 55 ans, Mme de R..... s'afflige profondément du départ de son fils pour Gand. Bientôt elle se persuade que les plus grands malheurs vont fondre sur Paris, qu'elle en sera accablée plus que les autres; elle s'agite, va racontant partout ses craintes, perd le sommeil; enfin une congestion cérébrale a lieu. 30 sangsues sont appliquées aux jambes, l'embonpoint de Mme de R..... n'ayant point permis de la saigner. Les piqûres de sangsues provoquent un érysipèle à chaque jambe; cet accident fait croire à la malade

qu'on s'est servi de sangsues empoisonnées, que son existence est gravement compromise, et qu'elle en mourra. Cette crainte succède à un accès de manie. Mme de R..... guérit promptement, et part pour la campagne.

En 1817, nouvel accès qui persiste pendant un an. Pendant trois ans, Mme de R..... paraissait guérie sans retour, lorsqu'au mois de septembre 1820, pendant une fête qu'elle donnait à ses amis et aux habitants de sa terre, le feu est mis aux gerbes qui appartenaient à une ferme voisine du château. Aussitôt Mme de R..... se croit environnée de flammes, entourée d'ennemis et de soldats. Le lendemain elle est conduite à Paris, et pendant la route elle voit des soldats qui se battent et les flammes qui dévorent les récoltes et les habitants; elle est dans un délire affreux, elle ne cesse de pousser des cris de terreur. Confiée de nouveau à mes soins, après quelques jours de repos, des bains avec des affusions d'eau froide, des boissons laxatives, rétablissent le calme, mais le délire persiste. Mme de R..... parle sans cesse, même pendant la nuit; elle s'entretient avec des princes, des rois, qui sont ses ancêtres; les plus grands monarques lui rendent des visites, les morts les plus illustres lui apparaissent; elle cause avec eux tantôt avec emportement, leur faisant des reproches, tantôt avec tranquillité, leur donnant des conseils et leur annonçant de grands événements, etc. Mme de R..... se pose en souveraine, porte la tête haute, proclame sa puissance, sa force, ordonne avec fierté; cent fois par jour, quelque froid qu'il fasse, elle ouvre une croisée de son appartement et jette au vent des accusations ou des justifications, paraissant entendre des personnes qui lui parlent. Dans les moments d'exaspération, la face est colorée, le teint plus jaune; l'insomnie et la constipation sont opiniâtres. L'hiver se passe dans cet état d'excitation; néanmoins Mme de R..... distingue les choses et les personnes, cause d'une manière suivie sur tout autre objet que sur celui de sa grandeur et de ses ancêtres, et des dangers que ses ennemis lui ont fait courir.

Au printemps, Mme de R..... est plus paisible; tout en conservant son délire vaniteux, elle a moins d'activité, marche moins, parle peu; elle dort mieux, elle peut s'occuper à lire des journaux et des livres de voyages. Après huit ans passés par des périodes alternatives d'excitation et de calme, Mme de R..... est habituellement plus paisible; elle parle souvent à voix basse, quelquefois avec emportement; elle articule des plaintes ou rit convulsivement; elle est toujours excitée par des hallucinations de l'ouïe. Malgré l'incohérence des idées et des paroles, devenue habituelle, Mme de R..... conserve la connaissance des objets extérieurs, et est affectueuse pour ceux qui l'entourent. A l'âge de 68 ans, elle avait pris beaucoup d'embonpoint; elle eut une congestion cérébrale qui se dissipa subitement dès que les sangsues furent appliquées au cou. Pendant la durée de cette attaque, qui persista une heure, Mme de R..... voyait autour d'elle tous les objets noirs,

même les personnes qui lui parlaient et dont elle reconnaissait la voix. Depuis cette époque, l'abdomen se développa peu à peu ; il était tendu et rénitent, sans fluctuation. A l'âge de 72 ans, l'abdomen, très-volumineux, gêna la respiration et la marche. Mme de R..... avait souvent de la somnolence pendant le jour, elle se plaignait de soif; elle eut des alternatives de constipation et de dévoiement. A 73 ans, la dyspnée faisant craindre pour sa vie, on pratiqua la ponction ; mais il ne sortit de l'abdomen qu'une substance gélatiniforme de couleur citrine. On ne put obtenir que quelques onces de cette substance. Six semaines après, Mme de R..... succomba, le 1er juillet 1834.

A l'*autopsie* on trouva l'arachnoïde épaissie, la pie-mère injectée, sans adhérence ; le lobe droit du cerveau plus injecté, et le ventricule du même côté d'un tiers plus développé que celui du côté opposé. Dans l'abdomen on découvrit un kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, une tumeur kystique dans le cœur, et la rate friable, présentant également dans son épaisseur cinq petits kystes semblables. (Esquirol, *loc. cit.*, t. II, p. 23.)

OBSERVATION XXI.

«Je me souviens, dit M. le Dr Billod, d'un aliéné de la Maison de santé de Vanves, qui, tous les dix-huit mois environ, laissait pousser sa barbe et se présentait avec un extérieur et des manières insolites à toute la maison, comme un lieutenant d'artillerie, nommé Nabon, récemment arrivé d'Afrique, pour remplacer son frère; disant qu'avant de partir, celui-ci lui avait donné des renseignements sur tout le monde, demandant et obtenant l'honneur d'être présenté à chacun, à son arrivée. Le malade reste alors plusieurs mois dans un état d'exaltation prononcée, conformant toute sa conduite à sa nouvelle individualité. Au bout de quelque temps, il annonce le retour de son frère qu'il dit être dans le village et qui doit venir le remplacer; puis, un jour, fait couper sa barbe, change complétement d'habitudes et de maintien et reprend son véritable nom. Mais il présente alors un cachet profond de mélancolie, se promène lentement, silencieux et solitaire, lisant habituellement *l'Imitation de Jésus-Christ*, les Pères de l'Église. Il reste dans cet état mental, qui est lucide, si l'on veut, mais que je suis loin de considérer comme normal, jusqu'au retour du lieutenant Nabon.» (*Annales médico-psychol.*, 1852, p. 368.)

OBSERVATION XXII.

Délire érotico-religieux avec phénomènes extatiques ; manie suivie d'un état de mélancolie avec stupeur ; durée des périodes très-longues et inégales ; otorrhée pendant la période de dépression, disparaissant au moment de l'excitation.

Pauline L..... est une aliénée de 24 ans; les tristes antécédents qui ont amené sa folie, sont ceux-ci : Enfant naturelle, sa mère spécula de bonne heure sur ses charmes. Vicieuse à 14 ans, abandonnée à 15 à toute la fougue de ses passions; soumise plus tard à toutes les angoisses de la honte et de la misère, elle n'eut d'autres ressources que de se jeter dans une maison de prostitution. Elle en fut retirée un an après, et placée au couvent du Bon-Pasteur, à Metz. Elle y resta deux ans, et la réaction trop vive qui s'opéra dans ses sentiments fit éclater une manie religieuse qui fut suivie d'une période de profonde stupidité.

C'est dans cet état qu'elle nous est amenée. Pauline a le regard fixe et hébété; on la pique avec des épingles, sans qu'elle témoigne aucune douleur ; si on l'abandonne à ses mouvements, elle se roule par terre; elle n'a pas conservé l'instinct de faire proprement ses besoins; elle ne répond à aucune question.

Nous plaçons la malade à l'infirmerie, et un écoulement de l'oreille droite attire notre attention. — Amers, purgatifs, toniques.

L'emploi des grands bains et des affusions froides avec réaction à l'extérieur, au moyen de la sudation périphérique, font sortir cette malade de sa torpeur. Mais ce n'est que le cinquième mois que nous obtenons ce résultat favorable, et que nous parvenons, au moyen de sangsues appliquées à la partie interne des cuisses, à rappeler la mestruation, qui jusque-là avait fait défaut.

Pauline est plus réveillée, elle prononce quelques mots, mais n'achève pas ses phrases; elle rit parfois auxéclats, et sa figure reprend soudainement son immobilité. On la mène à la couture; elle reste avec son ouvrage dans les mains, en fixant continuellement ses regards sur ses compagnes, puis elle reprend son travail et brode avec une activité fébrile. Ces brusques revirements de son état intellectuel sont remplacés par une période de mélancolie. Pauline est calme, travaille avec régularité, répond avec convenance à toutes les questions qu'on lui adresse. Elle est devenue propre et arrange même sa toilette avec une certaine coquetterie. Nous espérons une amélioration progressive; mais les tendances à la coquetterie augmentent, les yeux sont brillants, son regard est lascif. L'écoulement de l'oreille a disparu. Pauline, dans les réunions des malades, déploie une activité extraordinaire, elle danse, chante, et ses discours deviennent incohérents. Un

jour elle jette son ouvrage et se présente à la visite avec les cheveux épars et la toilette en désordre. L'obscénité de ses paroles et ses provocations érotiques nécessitent son placement dans un quartier plus solitaire. Cette période dure à peu près trois mois. La malade redevient gâteuse; elle ne répond aux soins qui lui sont donnés que par des injures : elle dit s'appeler Mme Poulmaire, et donne les détails les plus cyniques sur son ancien état de prostituée. Cette période d'excitation érotique est suivie d'un profond abattement, qui toutefois ne va pas jusqu'à la stupeur; les règles s'arrêtant de nouveau, l'écoulement de l'oreille reparaît. Après être restée trois mois dans cette situation nouvelle, Pauline redevient plus douce et plus timide. Un changement notable s'opère dans ses habitudes; elle porte le sentiment de la décence jusqu'au scrupule. Elle arrange sa toilette avec une sévérité extrême. L'intonation de sa voix a quelque chose de particulier. Elle parle du Bon-Pasteur de Metz, et témoigne le désir d'y retourner; elle s'appelle maintenant sœur Marthe des Cinq Plaies, Thérèse de Jésus, sœur Marie de la Résurrection. Elle ne parle plus à la première personne; «prenez notre robe, dit-elle à la sœur; voilà notre mouchoir.» Rien ne lui appartient plus en propre. La santé générale est bonne; la menstruation est peu copieuse, et son apparition se signale par de vives douleurs. Mais cet état de transition fait bientôt place à une agitation plus grande; la malade a des éclats de rires étranges; elle s'impatiente pour un rien; elle court d'une extrémité du jardin à l'autre; monte sur les talus et s'arrête pour fixer ses regards vers le ciel. Elle voit les anges qui lui sourient, elle a des moments d'extase. (Morel, *Études cliniques sur les maladies mentales*, t. II, p. 176; 1851-52.)

OBSERVATION XXIII.

Alternatives de dépression pendant l'hiver et d'excitation pendant l'été, depuis plusieurs années.

M. X....., âgé de 26 ans, habitant au Brésil, présente, depuis plusieurs années déjà, des alternatives de surexcitation et de torpeur pendant des saisons entières. Appartenant à une famille honorable, doué d'une intelligence et d'une instruction très-élevées, d'un caractère parfait et d'une santé excellente, ce jeune homme n'a aucun antécédent héréditaire. Il y a six à sept ans, à la suite d'un violent chagrin d'amour, il a voulu essayer de s'empoisonner. Depuis lors ses facultés mentales laissent à désirer de plus en plus; et les personnes qui l'entourent le considèrent véritablement comme un aliéné. Voici quels sont les symptômes et la marche de la maladie :

M. X..... passe la moitié de l'année (l'hiver) enfermé chez ses parents dans une vaste maison de campagne, à une lieue de la ville, d'où il ne sort jamais ; il semble avoir oublié, dans l'apathie où il est plongé, ses parents, ses amis, la société ; il est triste, taciturne, solitaire, misanthrope, indifférent à tout ; il va jusqu'à passer des semaines sans voir sa mère, sans dire bonjour à son père et à ses frères et sœurs. Quoique méfiant, il écoute encore avec assez de docilité les avis qu'on lui donne. C'est à peine s'il franchit le seuil de sa porte pour errer sans but dans les endroits les plus solitaires de la ferme.

Le printemps arrive, et, comme s'il était entraîné par le mouvement de la nature, M. X..... prend les habitudes tout opposées. Ainsi de méfiant, triste, taciturne, indifférent qu'il était, le voilà qui devient sociable, gai, actif, loquace même ; mais, d'un autre côté, moins docile, plus irritable, susceptible et difficile à contenter ou à modérer dans ses désirs exagérés. Le voilà maintenant recherché dans sa toilette jusqu'à l'excès, insatiable de luxe, se présentant à chaque instant chez ses nombreux parents et amis, malgré les distances, malgré l'état du temps. Il mène une vie de mouvement, infatigable, n'ayant pas assez de chevaux pour fournir à ses courses ; en changeant ou en achetant, les équipant richement de diverses façons, les soignant avec une sollicitude incroyable ; il dépense beaucoup d'argent, se moque des observations qu'on lui adresse et va même jusqu'à s'en fâcher. En outre il se porte très-bien, prend de l'embonpoint, est frais, leste, agile et content. Enfin M. X..... est très-entêté et dangereux parfois dans ses penchants érotiques, que sa famille peut à grande peine réprimer. Nous terminerons en disant qu'il n'a aucunement conscience de son état et ne se rend compte d'aucun de ses actes. (Extrait d'une lettre adressée par M. le Dr Charès (de Rio, Brésil), ami du malade, à M. Baillarger qui nous l'a communiquée.)

L'observation suivante, que nous n'avons voulu ranger dans aucune des catégories précédentes, va nous montrer un exemple curieux et parfait de folie à double forme compliquée de paralysie générale ; et c'est par elle que nous terminerons la seconde partie de notre travail.

OBSERVATION XXIV.

Folie à double forme ; exaltation maniaque avec délire ambitieux, légère hésitation de la parole ; forme triste, hésitation plus marquée, convalescence, mise en liberté, rechute ; exaltation ambitieuse avec prodromes de la paralysie générale ; forme triste, paralysie prononcée ; mort.

M. A....., âgé de 45 ans, d'un tempérament sanguin, nerveux, bien constitué, avait quitté les affaires depuis un an ; il se livrait à la poésie et imprimait de mauvais vers que naturellement il trouvait excellents. Retiré dans une ville de province, il apprit les événements de février, et se hâta de se rendre à Paris. Son esprit s'enthousiasma des projets de réforme à l'ordre du jour, et il écrivit des mémoires pour améliorer le sort des hommes. Désirant propager ses idées le plus promptement possible, il imagina de se mettre sur les rangs pour la députation et de demander au chef de l'État une somme de 10,000 francs pour la publication de ses ouvrages. Afin de donner plus d'éclat à sa candidature, il pria le directeur de l'Opéra de lui prêter son orchestre, parce que sa profession de foi, prononcée en chantant et accompagnée de la musique, devait, disait-il, lui gagner toutes les oreilles et produire un effet surprenant et nouveau. L'agitation dans laquelle il était amena son arrestation et il fut conduit dans mon établissement. A son entrée, en 1849, je le trouvai exalté, parlant avec volubilité, se plaignant de ses ennemis qui l'avaient fait arrêter sous prétexte de tapage. M. A..... vantait ses talents, ses vues philanthropiques, ses plans d'amélioration ; il avait l'intention de dépenser beaucoup d'argent pour propager ses opinions. Les plus grands personnages étaient ses amis, il aurait les premières places quand il le voudrait. A la maison, il faisait des vers et cherchait sans cesse à les lire ; il s'occupait surtout à fabriquer, avec des petits morceaux de bois, des pipes d'une forme nouvelle qui seraient, affirmait-il, une excellente spéculation ; les murs de sa chambre en étaient tapissés. Le malade était sans cesse en mouvement, demandait toujours à sortir, n'écoutant pas ce qu'on lui disait et ne répondant qu'à ses propres pensées. Le délire fut considéré comme une exaltation maniaque avec menace de paralysie générale, mais il n'existait aucune gêne des mouvements.

Avant son entrée ici, M. A..... avait été placé une première fois dans une autre maison pour une exaltation semblable qui avait duré trois mois : une seconde fois pour un état apathique qui avait persisté dix-huit mois, et s'était terminé par la convalescence.

Au bout d'un mois de séjour, il était devenu plus tranquille ; il avait abandonné

la fabrication des pipes pour colorier de mauvais dessins, qu'il faisait encadrer richement, et mettait ensuite en loterie; il adressait des vers à toutes les personnes de l'établissement, et voulait les envoyer aux journaux. Il se plaignait souvent à moi du tort que je lui faisais en le retenant; c'était par jour une perte de 500 francs qu'il aurait retiré de la vente de ses poésies, dc ses dessins, au profit du peuple. Oubliant, un instant après, tout le bien qu'il venait de dire de ceux qu'il appelait ses frères, il s'écriait que le peuple était la réunion d'un tas d'imbéciles auxquels on faisait croire tout ce qu'on voulait, et qu'en le flattant on se mettait à sa tête, on s'emparait des positions. Professant des opinions d'une extrême austérité, il écrivait à des personnages puissants pour leur demander des souscriptions. M. A....: resta environ quatre mois dans cet état; ses discours et ses écrits étaient devenus très-raisonnables; sa folie consistait dans les actions; de loin en loin il avait des hésitations très-courtes, mais aucun désordre dans les mouvements. L'exaltation qui était tombée fut remplacée par de l'abattement, de la tristesse; au lieu de se promener, d'aller et de venir, comme il l'avait fait jusqu'alors, il garda la chambre, disant que sa position était malheureuse, qu'on lui avait brisé sa carrière, et que la mort était préférable à son sort.

L'expression de mélancolie profonde qu'on remarquait sur son visage m'inspira des inquiétudes sur ses projets; il fut surveillé avec le plus grand soin, son apathie et sa tristesse avaient fait de grands progrès; il ne sortait presque plus de chez lui; il s'occupait cependant toujours à fabriquer des pipes, à enluminer des dessins et des fleurs qu'il traçait sur le papier; il répondait peu aux questions qu'on lui adressait, lentement, et hésitant de temps en temps; la démarche ne présentait rien de particulier.

Huit mois se passèrent ainsi; M. A..... avait beaucoup maigri, il s'affaiblissait, sans qu'on notât cependant de faiblesse dans les membres inférieurs; sa parole conservait toujours de la lenteur.

Le quatorzième mois de son séjour, je remarquai un changement dans ses traits; il avait l'air plus gai; il me reçut mieux qu'il ne l'avait fait pendant sa période d'abattement. Cette amélioration marcha rapidement, et, dans l'espace d'un mois, il avait repris l'usage de la raison, n'avait plus d'hésitation, de lenteur, dans la parole; ses mouvements étaient naturels, sa conversation convenable; il ne faisait plus de pipes ni de coloriages. Il écrivit alors aux autorités; un examen eut lieu, et le médecin préposé pour constater son état mental déclara que M. A..... était en voie de convalescence, et qu'il pouvait être rendu à la liberté. L'arrêté de sortie me fut adressé.

Je ne pouvais que me conformer aux ordres de l'autorité. J'ouvris la porte à M. A....., avec la pensée que le germe de la maladie grave qu'il avait en lui se dé-

clarerait tôt ou tard. M. A....., qui semblait avoir le pressentiment de son sort, me pria de lui conserver sa chambre, et de le nourrir pendant le temps qu'il chercherait un emploi. Quinze jours s'écoulèrent en démarches de sa part, il obtint des promesses, mais il s'aperçut qu'on ne faisait rien pour lui. Croyant au mérite de ses poésies, il fut les lire à quelques littérateurs célèbres. Chez l'un d'eux, qui lui dit crûment la vérité, il y eut une scène fâcheuse, on fut obligé de le mettre à la porte. En revenant à la maison, l'exaspération du malade était extrême. Averti de ce qui venait de se passer, je lui annonçai qu'il ne m'était plus possible de le laisser sortir. La crise fut violente, mais, après quelques jours d'isolement, il reprit ses habitudes premières; toutes ses idées de talent, de fortune, de confiance en lui-même, étaient revenues; elles avaient été bientôt suivies de la réapparition de l'hésitation, cette fois plus marquée, plus persistante; insensiblement la figure devint fixe, son exagération de ses talents était toujours plus grande; ainsi il affirmait que ses vers, que ses dessins, étaient parfaits, et que tout ce qu'il faisait et disait était admirable. Cette disposition mentale se maintint pendant près d'un an.

Les changements qui avaient marqué la transition de la première excitation à l'abattement se montrèrent de nouveau vers la fin de l'année 1851. Il retomba dans sa tristesse; l'embarras de la langue se dessina davantage; les mots étaient articulés très-lentement; le regard était morne et sinistre; les mouvements perdirent leur force, le malade trébuchait par moments; on le pinçait sans qu'il parût s'en apercevoir, et il ne serrait plus que médiocrement. M. A..... répondait encore aux questions qu'on lui adressait, mais par monosyllabes; il disait qu'il était mal, se plaignait de tout le monde, ne sortait presque pas de sa chambre, où il travaillait à ses enluminures. Dans les derniers mois de 1852, il ne faisait plus entendre que des sons inintelligibles, et tombait fréquemment. Il fut obligé de s'aliter, le dévoiement survint; des eschares se manifestèrent, et il expira en novembre 1852, réduit au dernier degré de marasme.

CONCLUSIONS.

1° En dehors de la manie et de la mélancolie ordinaires, il existe un genre spécial de folie, caractérisé par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation.

2° Ce genre de folie, connu depuis peu d'années sous le nom de

folie à double forme, a été observé et interprété différemment par les auteurs anciens et récents.

3° Il est constitué par des accès formés des deux périodes, suivies ou non d'une intermittence, qu'on peut appeler intervalle lucide.

4° La folie à double forme tantôt débute subitement, tantôt survient dans le cours d'une autre vésanie. Elle se présente : 1° à l'état d'accès isolés ; 2° se reproduit d'une manière intermittente ; 3° les accès peuvent se succéder sans interruption.

5° La durée des accès varie de deux jours à une année. La durée de chaque période d'un même accès est variable aussi, et est d'autant plus égale que les accès sont plus courts.

6° Quand les accès sont courts, la transition de la première période à la seconde a lieu d'une manière brusque, et ordinairement pendant le sommeil ; elle se fait, au contraire, très-lentement quand les accès sont prolongés.

7° On observe souvent la folie à double forme accompagnant la paralysie générale, et réciproquement : la réunion de ces deux maladies est très-importante à connaître pour leur diagnostic différentiel.

8° Le pronostic de la folie à double forme est très-grave d'une manière générale. La période de transition, ainsi que l'intervalle lucide, en augmentent ou en diminuent la gravité suivant leur durée, leur intensité.

9° C'est une des maladies mentales les plus héréditaires.

10° Tous les moyens de traitement propres à la manie et à la mélancolie peuvent être employés : un médicament, le sulfate de quinine, paraît jusqu'à présent avoir donné les meilleurs résultats.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du saut tangentiel dans l'homme et dans les animaux.

Chimie. — De l'alun.

Pharmacie. — De la nature et du mode de préparation des émulsions fournies par les graines huileuses. Par quels procédés obtient-on des émulsions ayant pour base les huiles grasses ou essentielles, les résines et les gommes-résines?

Histoire naturelle. — Existe-t-il quelque analogie entre la respiration des végétaux et celle de certains animaux?

Anatomie. — Quels sont les faits qui pourraient démontrer que les filaments de la substance testiculaire sont bien réellement des conduits que traverse la sécrétion spermatique?

Physiologie. — La division établie par les grammairiens entre les voyelles, les consonnes et les diphthongues, doit-elle être conservée par les physiologistes?

Pathologie interne. — Des tubercules de l'intestin.

Pathologie externe. — Des fistules vaginales.

Pathologie générale. — Des caractères anatomiques de l'inflammation.

Anatomie pathologique. — De l'apoplexie cérébrale.

Accouchements. — Des différents modes d'allaitement.

Thérapeutique. — Des médicaments contro-stimulants.

Médecine opératoire. — Du débridement des plaies.

Médecine légale. — Lésions mentales à l'occasion de l'exercice d'une des fonctions de la santé, par exemple : du sommeil, de la grossesse, de l'accouchement, etc.

Hygiène. — Des soins à donner aux axphyxiés et noyés.

Vu, bon à imprimer.

N. GUILLOT, Président.

Permis d'imprimer.

L'Inspecteur de l'Académie de Paris,

H. SONNET.